Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het resultaat telt ziekenhuizen

2013

Utrecht, februari 2015

Inhoudsopgave

Voorwoord

De kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen vormen een belangrijke basis onder het risico-gestuurde toezicht op de ziekenhuizen. Ik mag u over de ziekenhuiszorg in Nederland de alweer 11e uitgave van *Het resultaat telt* (HRT 2013) presenteren. We zijn daarmee het tweede decennium van een bijzondere samenwerking in gegaan. Naar ons weten is er geen enkel ander land waar de overheid samen met de ziekenhuiskoepels, de professionele koepels en gemandateerde professionals een beperkte set kwaliteitsindicatoren gericht op de medisch specialistische zorg ontwikkelt en jaarlijks onderhoudt. Evenmin heeft enig ander land de afgelopen 10 jaar zo'n breed spectrum aan indrukwekkende verbeteringen in de kwaliteit van zorg laten zien, het resultaat van een even breed spectrum aan activiteiten, van het VMS Veiligheidsprogramma tot aan kwaliteitsregistraties en audits.
Enkele voorbeelden: tussen de periodes 2007-2009 en 2010-2012 is in Nederland de sterfte na oncologische operaties meetbaar en bewezen met bijna 25% gedaald[1]. De sterfte dertig dagen na een acuut myocardinfarct is in de periode 2000-2010 met 44% gedaald.
Een vergelijkbare daling werd gezien voor de sterfte dertig dagen na een herseninfarct. Tussen 2005 en 2010 is de ziekenhuissterfte met 25% gedaald, terwijl de totale sterfte in de Nederlandse samenleving als geheel met 12% daalde. Dat betekent dat de zorg het sterven daadwerkelijk uitstelt en niet 'alleen' maar verplaatst van het ziekenhuis naar een verpleeghuis. Dit zijn mooie resultaten, zeker omdat het meetbaar en bewezen is en een gewenste dalende lijn zichtbaar maakt. Het was al bekend dat het aantal mensen dat overleed ten gevolge van incidenten in de zorg opmerkelijk was gedaald: zoals ik vorig jaar al in het voorwoord van HRT schreef, was de potentieel vermijdbare sterfte in Nederlandse ziekenhuizen tussen 2008 en 2012 met 53% gedaald. Er is regelmatig kritiek op de gezondheidszorg in Nederland, maar als het gaat om deze uitkomsten, is er ook wel iets om trots op te zijn.

De basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen heeft ontegenzeggelijk een rol gespeeld in deze verbeteringen. Niet alleen door de indicatoren zelf, want andere landen die soortgelijke indicatoren uitvragen laten eveneens, maar minder grote verbeteringen zien. Het is zeer aannemelijk dat de snelheid en impact van de verbeteringen ook het gevolg zijn van de unieke samenwerking waarbinnen de indicatoren in Nederland tot stand komen. Deze vorm van samenwerking wordt beschreven als 'collaborative governance'[2].

De Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) werken onder voorzitterschap van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aan het continu verbeteren van de basisset. Hiertoe zijn heldere samenwerkingsafspraken gemaakt, waaronder een maximum aantal vragen en een maximaal percentage wijzigingen per jaar.

[1] Langelaan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J., et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam, Utrecht; EMGO+ Instituut/VUmc, NIVEL, 2013.

[2] Ansell C, Gash A. Collaborative governance in theory and practice. Journal of Public Administration Research and Theory 2008; 18 (4): 543-571.

Het resultaat telt heeft sinds 2009 een thema. Dit jaar is het thema 'de lerende organisatie'. Organisaties moeten zich aanpassen aan veranderende omstandigheden, maar zij moeten daarbij hun doelen niet uit het gezicht verliezen. De rol die normen en informatie daarbij spelen in de context van de basisset komen daarbij aan de orde. Toezien op een lerende organisatie vraagt ook iets van een toezichthouder en een indicatorenset. Ook de basisset is een lerende organisatie.

De samenwerkingspartners verschillen in hun rollen en verantwoordelijkheden, maar zijn verbonden in hun belang om de kwaliteit en veiligheid van zorg zo optimaal mogelijk te houden en continu te leren verbeteren. Ieder vanuit de eigen rol, gebruiken zij de basisset als stimuleringsinstrument voor deze verbetering.
De basisset steunt de wetenschappelijke verenigingen en de V&VN afdelingen bij de landelijke implementatie van hun kwaliteitsbeleid en stimuleert de daarvoor noodzakelijke onderlinge afstemming. Voor de inspectie is de basisset een middel om te monitoren in welke mate zorginstellingen en zorgprofessionals in staat zijn de landelijke ontwikkelingen adequaat bij te houden. Daar waar dat niet zo is, doet de inspectie nader onderzoek en treedt zo nodig handhavend op.

Zo staat de samenwerking ten behoeve van de basisset symbool voor de zorg zelf. Net zoals een individuele patiënt vaak niet meer door slechts één zorgverlener wordt behandeld, is het op macro niveau ook niet mogelijk om de zorg te verbeteren zonder multidisciplinaire samenwerking. Deze samenwerking is niet vrijblijvend en vereist continu onderhoud, maar het resultaat mag er zijn.

Dr. J.A.A.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Inleiding

Ziekenhuisorganisaties zijn in continue ontwikkeling. Die ontwikkeling heeft inhoudelijke elementen omdat er een voortdurende stroom van kennis is die nieuwe mogelijkheden geeft voor diagnostiek en behandeling. Zo is echter ook sprake van nieuwe inzichten in het organiseren van zorg, andere verwachtingen van patiënten, nieuwe regelgeving, andere systemen voor het berekenen van vergoedingen en nieuwe eisen aan het rapporteren over de wijze waarop het ziekenhuis met al deze ontwikkelingen omgaat.
Elk van deze ontwikkelingen vraagt tijd en energie om te verwerken in instellingsbeleid en te implementeren. In principe zou elke ontwikkeling planmatig en weloverwogen volledig ingevoerd moeten worden in de hele ziekenhuisorganisatie. Het totaal van (gelijktijdige) ontwikkelingen maakt dat onmogelijk. Het ziekenhuis als organisatie moet leren omgaan met al die ontwikkelingen. Het moet een 'lerende organisatie' zijn. Het doel van dit hoofdstuk is om een korte inleiding te geven over de wijze waarop de inspectie in het toezicht met behulp van indicatoren omgaat met het begrip lerende organisatie.
De overkoepelende hoofdstukken aan het begin van de onderdelen van HRT 2013 hebben alle eenzelfde opbouw. De inleiding is ook te lezen als een gebruiksaanwijzing voor deze hoofdstukken.

Volgens Wierdsma & Swieringa[3] is een lerende organisatie "een organisatie, die zichzelf voortdurend, al lerend, weet aan te passen aan de veranderingen in de wereld waarin en aan de klanten waarvoor ze werkt. Een organisatie, die weet te leren van haar eigen handelen, en dit handelen weet aan te passen aan wat er geleerd is".

De vragen:
1 Wat is in deze zin de organisatie?
2 Wat is het leerdoel?
3 Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling?
4 Wat zijn de relevante normen?
5 Welke informatie is beschikbaar?

Vraag 1: Wat is in deze zin de organisatie?

In principe spreekt de inspectie de raad van bestuur van een ziekenhuis aan op de kwaliteit van zorg die in de ziekenhuisorganisatie geleverd wordt. In die praktische zin is de lerende organisatie het hele ziekenhuis. De resultaten van het ziekenhuis op de basisset als geheel bespreekt de inspectie met de raad van bestuur. Voor het gebruik van indicatoren is de lerende organisatie vaak kleiner dan het hele ziekenhuis, maar omvat soms ook delen van andere organisaties. In de verschillende delen van de basisset wordt gekeken naar kleinere, specifieke groepen en processen. Het organisatieonderdeel dat verantwoordelijk is voor

[3] A.F.M. Wierdsma & J. Swieringa (2011) "Lerend organiseren en veranderen. Als meer van hetzelfde niet helpt." Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers, Woord vooraf bij derde herziene druk.

het organiseren van een specifiek proces is dan de organisatie die leert. Een voorbeeld: het team verantwoordelijk voor het organiseren van het operatief proces is de organisatie die leert binnen het operatief proces. Soms is de lerende organisatie vanuit het perspectief van de basisset groter dan het ziekenhuis alleen. In het voorbeeld van het spoedeisend proces moeten meerdere onderdelen van verschillende organisaties leren samenwerken om goede zorg te leveren (o.a. huisarts, ambulancedienst en spoedeisende hulp).
Een definitie van organisatie is: 'het geheel aan processen, middelen en mensen, dat ingezet wordt om een gezamenlijke doelstelling te bereiken'.

Vraag 2: Wat is het leerdoel en wat is de gezamenlijke doelstelling?

Een van de ontwikkelingen in de basisset is dat, als wetenschappelijke verenigingen nieuwe indicatoren voorstellen, zij daarbij aangeven wat het doel is dat door het gebruik van deze indicator bereikt moet worden. Een voorbeeld van een dergelijk doel is 100% deelname aan een kwaliteitsregistratie, met als strategisch doel goed inzicht van alle betrokkenen in de kwaliteit van zorg. Van Dalen omschrijft leren als het zich eigen maken van nieuwe kennis of vaardigheden. Het leerdoel is vooral van belang om te helpen bij het kiezen welke vaardigheden functioneel zijn. Als een vraag van de inspectie er toe leidt dat zorgverleners leren dat een checklist afgevinkt moet worden, is dat alleen in overeenstemming met het leerdoel als ze daarbij telkens de geest van het doel, veiliger zorg, in zicht houden.
Een vinklijst op zich zal nooit het doel van toezicht zijn. Eigenlijk wil dat in deze context zeggen dat er sprake is van leren als er een voor de inspectie zichtbaar en stabiel verschil in gedrag van de organisatie is, gericht op het beter bereiken van het (leer)-doel. Er moet dus inzicht zijn bij de inspectie in het oude en het nieuwe gedrag, gerelateerd aan een duidelijk, bij voorkeur afgesproken, doel. De professionele organisaties zijn verantwoordelijk voor het formuleren van dat leerdoel. Vaak zijn die doelen verpakt in veldnormen en richtlijnen.

Vraag 3: Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling?

De raad van bestuur is eindverantwoordelijk voor de zorg in de instelling. Bij het toezicht op de kwaliteit van zorg gaat het vooral om de uitwerking daarvan op de directe patiëntenzorg en daarbij op de borging van de benodigde vaardigheden daarvoor in de organisatie. Deze verantwoordelijkheden zijn vaak wel uit richtlijnen af te leiden. Een belangrijk document op dit gebied is de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling van de KNMG[4].
In de zin van de basisset is de vraag vooral 'wie is verantwoordelijk voor het gedrag waar de indicator naar vraagt?'. De neuroloog en de vaatchirurg zijn samen verantwoordelijk voor het tijdig behandelen van patiënten die in aanmerking komen voor een carotisingreep.
Ze moeten samen leren dit proces binnen de juiste randvoorwaarden uit te voeren. De neuroloog is niet verantwoordelijk voor de ingreep, maar is wel verantwoordelijk voor het verwijzen van een patiënt naar een vaatchirurg die de ingreep op de juiste manier uit kan voeren.

---

[4] KNMG. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG, 2010.

Vraag 4: Wat zijn de relevante normen?

Elke indicator in de basisset geeft een indicatie van het functioneren van een deel van een zorgproces. Zo is het leerdoel van de indicator voor carotischirurgie, het tijdig uitvoeren van de ingreep na een TIA. In de richtlijn staat wel een tijdsinterval beschreven, de ingreep moet bij voorkeur uitgevoerd worden binnen twee weken, maar de indicator stelt een grens van drie weken. Er is een relatie met de richtlijn, maar die relatie is niet absoluut. Ook zijn er meer richtlijnen van toepassing dan alleen de richtlijn 'beroerte diagnostiek en behandeling'. Zo is voor de operatie de richtlijn 'operatief proces' van belang, voor de verantwoordelijkheidsverdeling de bovengenoemde handreiking van de KNMG etc.
Een belangrijk deel van het leerproces van de organisatie is het leren omgaan met deze richtlijnen en het daadwerkelijk implementeren ervan in alle relevante processen in de organisatie.

Vraag 5: Welke informatie is beschikbaar?

Het is voor een toezichthouder belangrijk dat een zorgverlener zichtbaar en aantoonbaar leert. Van fouten en bedreigingen, als het niet anders kan, maar veel beter is het leren van goede informatie over het eigen handelen en de eigen kansen vóórdat fouten optreden. Dit is een van de redenen waarom vanaf het begin van de opkomst van kwaliteitsregistraties de deelname aan deze registraties een indicator[5] is geweest. Zonder informatie over het eigen handelen is bewust leren vrijwel onmogelijk. Gegevens worden alleen informatie met goede analyses en bewuste interpretatie van de registratie. Daarom wordt in *Het resultaat telt* altijd veel aandacht besteed aan de reacties van een ziekenhuis op het eigen resultaat. Van een ziekenhuis wordt bij een opmerkelijke uitslag een toelichting verwacht, waaruit het ziekenhuis duidelijk maakt zich bewust te zijn dát de uitslag opvallend is. Als het ziekenhuis in het daaropvolgende jaar een bij de toelichting passende verbeterde uitslag kan laten zien, is de kans groter dat het proces onder controle is. Het ziekenhuis laat daarmee vooral zien dat het in staat is data te analyseren en het eigen proces daarop aan te passen en te verbeteren. Het ziekenhuis kan dan zijn koers aangepast hebben voordat het daarop door de inspectie aangesproken hoeft te worden. Als de resultaten pas verbeteren nadat het ziekenhuis aangesproken is door de inspectie in het jaargesprek, is dat een indicatie voor een geringer lerend vermogen. Als een ziekenhuis in het volgende jaar niet in staat is om te reageren, geen data meer heeft, of een excuus als toelichting geeft, beschouwt de inspectie dat als onvoldoende sturing op het betreffende proces. Dit geheel vereist de beschikbaarheid van goede bronnen van informatie. De inleidende hoofdstukken van elk onderdeel van HRT 2013 bevatten dan ook een opsomming van de bronnen die de inspectie gebruikt voor dit onderdeel van het toezicht. De opsomming kan niet uitputtend zijn, de ontwikkelingen in het ontsluiten van informatie gaan daarvoor te snel.

Leren van procesinformatie of van uitkomsten?

Een zorginstelling dient verantwoorde zorg te leveren. Dat houdt in dat de geleverde zorg moet voldoen aan de relevante richtlijnen en normen. In het werk met de basisset indicatoren zijn enkele mechanismen zichtbaar voor het aanpassen van het professionele

---

[5] Zie HRT 2009, blz. 69.

handelen. Die mechanismen vallen grofweg uiteen in drie onderdelen: het verbeteren van de indicator, het verbeteren van het proces en/of het verbeteren van de uitkomst.
In het hoofdstuk over time-out komen de mechanismen voor het verbeteren van de indicatoruitslag en voor het verbeteren van het proces aan de orde. Onder verbeteren van de indicatoruitslag valt in dit voorbeeld het verbeteren van de discipline bij het registreren van de time-out of het zo presenteren van de gegevens dat een gunstigere uitslag wordt verkregen. Onder verbeteren van het proces valt het verbeteren van de deelname van alle betrokkenen bij de ingreep en verbeteren van de uitvoering. Het is voor een toezichthouder relevant welke keuze gemaakt wordt. Beter registreren mag en verbetert in ieder geval het inzicht in het proces, maar is niet het doel van de indicator. De keuze tussen proces- en uitkomstverbetering is vaak aan de instelling. Als duidelijk is welk effect een procesverbetering heeft op de uitkomst voor patiënten kan het zelfs zeer voordelig zijn om op procesindicatoren te sturen. Bijvoorbeeld, als betere pijnmeting in onderzoek blijkt te leiden tot grotere patiënttevredenheid, kan het effectiever zijn om naar de hoeveelheid pijnmetingen te kijken. Feedback op een proces (als het meten van pijn) sluit beter aan bij het handelen van professionals.
Als gekozen wordt voor verbetering van de indicatoruitslag boven een meer inhoudelijke aanpassing, vormt dat in ieder geval voor de inspectie aanleiding voor een verhoogde waakzaamheid. Dit is een van de redenen waarom data vaak samen met andere uitslagen en andere bronnen bekeken worden en waarom er onaangekondigde inspectiebezoeken worden uitgevoerd rond het jaargesprek. Bij het controleren van die bronnen hoort ook het vergelijken van uitslagen met de uitslagen van kwaliteitsregistraties voor hetzelfde proces.
Een van de positieve ontwikkelingen in de afgelopen vijf jaar is dat ziekenhuizen in het jaar dat de nieuwe indicatoren gepubliceerd worden hun proces al aanpassen aan de nieuwe vragen voor het komend jaar. Dit komt tot uiting in het aantal vragen dat gesteld wordt voor het ingaan van het registratiejaar en een versnelde invoering van bijvoorbeeld de proces- of structuurverandering die noodzakelijk is voor een goede uitslag.

In welke mate moet een toezichthouder ook een lerende organisatie zijn?

Bij het ontstaan van de basisset werd uitgegaan van een indicatorenset die na een aantal ontwikkelingsjaren geruime tijd stabiel zou zijn. Direct vanaf het eerste jaar van het gebruik van de basisset (2004) bleek al dat uitslagen van effectieve indicatoren zo snel veranderden dat een goede structuurindicator toen drie jaar onderscheidend bleef, een procesindicator vijf jaar effectief was maar een uitkomstindicator (mortaliteit bij CVA) geen zichtbare reactie gaf. Daaruit groeide een systeem waarbij elk jaar een deel van de indicatoren (maximaal 25%) werd aangepast. Indicatoren die niet meer veranderden werden verwijderd en vervangen door nieuwe indicatoren, welke werden voorgedragen door wetenschappelijke verenigingen. Deze wetenschappelijke verenigingen introduceerden daarmee zelf ook nieuw beleid. In het hoofdstuk over de spoedeisende hulp is een voorbeeld van deze dynamiek opgenomen (trombolyse). De snelheid van leren nam ook toe. Een procesindicator als de deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) was aanvankelijk drie jaar onderscheidend, vier jaar later is een dergelijke indicator nog maar één jaar bruikbaar. In de afgelopen tien jaar is het gebruik van de set veranderd van een verzameling

gericht op individuele indicatoren naar een systeem waarbij gekeken wordt naar de snelheid waarmee een ziekenhuis zich aanpast aan zijn omgeving. Zowel de ziekenhuizen als de inspectie moesten leren omgaan met een indicatorsysteem. Inmiddels worden indicatoren ontwikkeld in een proces waarbij 24 wetenschappelijke verenigingen, verpleegkundige groepen, ziekenhuis en professionele koepels en een groot aantal individuele ziekenhuizen betrokken zijn. Het leren samenwerken, zonder verlies van onafhankelijkheid, maar gericht op een gezamenlijk doel: een zo goed mogelijke kwaliteit en veiligheid van zorg, is misschien wel het grootste voorbeeld van leren binnen het toezicht.

Inleiding voor de resultaten

De inspectie heeft de basisset van 2013 en daarmee *Het resultaat telt* over hetzelfde verslagjaar op dezelfde wijze ingedeeld als in 2012. Indicatoren zijn gegroepeerd naar grotere zorgprocessen (bijvoorbeeld verpleegkundige zorg of operatief proces). Resultaten op de indicatoren worden eerst op het niveau van deze overkoepelende zorgprocessen besproken en vervolgens op het niveau van de onderwerpen waarvoor indicatoren bestaan (bijvoorbeeld ondervoeding). Een doorlopend thema in deze uitgave is 'de lerende organisatie'.

In deze inleiding voor de resultaten worden de elementen besproken die voor alle onderdelen identiek zijn, zoals de algemene indicaties voor nader onderzoek. Zo verwacht de inspectie dat een ziekenhuis nader onderzoek doet wanneer dat ziekenhuis een bepaald gegeven niet kan leveren of wanneer de kwaliteit van dat gegeven onvoldoende is.

Per zorgproces leest u steeds eerst het overkoepelende hoofdstuk en daarna de individuele indicatoren. Deze hoofdstukken komen overeen met de hoofdstukken van de Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2013. In ieder hoofdstuk staat een additionele paragraaf: waarom vindt de inspectie dit deel belangrijk en wat zijn in de volgende stap de vragen die het ziekenhuis zichzelf zou moeten stellen in de analyse bij een bijzondere indicatoruitslag? De inspectie toetst vervolgens met een signaleringslijst welke punten nog aandacht van een toezichthouder vragen. In de afsluitende paragrafen staan de aandachtspunten van de inspectie over het gebied waarbinnen de indicator valt.

Plaats van de indicatoren in het toezichtbeleid van de inspectie

De basisset kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen is de resultante van een gezamenlijk ambitie om de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg aantoonbaar te verbeteren. De basisset wordt ontwikkeld en onderhouden in een unieke samenwerking tussen de inspectie, de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Deze heeft zich in de elf jaar dat de basisset nu bestaat ontwikkeld tot een volwassen en respectvolle samenwerking waarin ieder zijn eigen rol en verantwoordelijkheid heeft en zowel de individuele als gezamenlijke belangen gediend worden. De inspectie is eigenaar van de basisset en gebruikt de uitkomsten voor toezicht. De basisset stelt de inspectie in staat te monitoren in welke mate ziekenhuizen in staat zijn de landelijke ontwikkelingen adequaat bij te houden. Achterblijven blijkt een belangrijk signaal voor een toezichthouder. Voor ziekenhuizen is het een stimuleringsinstrument om de kwaliteit en veiligheid continu te verbeteren, om inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg binnen de instelling en om daarop te sturen. De professionals gebruiken de basisset om het eigen kwaliteitsbeleid landelijk te implementeren en te borgen, en de daarbij noodzakelijke onderlinge afstemming te stimuleren. Voor zowel de toezichthouder, de ziekenhuizen als de professionals gaat het om verbeteringen in het veld te creëren en zichtbaar te maken. Het gaat dus niet zozeer om inzicht in statische gegevens, maar om inzicht in de dynamiek ervan. Daarom is de basisset

niet één vaste set indicatoren, maar wordt de set elk jaar bijgewerkt. Indicatoren die onvoldoende differentiëren worden aangepast of vervangen. Als na twee jaar blijkt dat vrijwel alle ziekenhuizen een bepaalde kwaliteitstructuur hebben ingevoerd (bijvoorbeeld een protocol voor tijdig signaleren van ondervoeding), past de inspectie de vraag aan om het proces beter in beeld te krijgen (bijvoorbeeld bij hoeveel patiënten is sprake van ondervoeding). Wanneer deze vraag na verloop van tijd onvoldoende differentieert, vervangt de inspectie hem door een uitkomst vraag (bijvoorbeeld hoeveel patiënten ontvangen voldoende eiwit). Deze werkwijze is uniek in de wereld en heeft ook bijgedragen aan unieke kwaliteitsverbeteringen.

De basisset heeft in de afgelopen 11 jaar laten zien dat over het algemeen de Nederlandse ziekenhuiszorg goed onder controle is. Vrijwel elk punt dat in de afgelopen jaren is opgenomen in de basisset laat een systematische verandering in de vooraf voorziene richting zien. Bestuurders zijn in meerderheid in staat gebleken om hun zorg zo in te richten dat goed gereageerd wordt op een nieuwe indicator. Waar dat niet het geval was, werd het door de basisset zichtbaar en kon de inspectie het gesprek aangaan en zo nodig actie ondernemen.

Algemene lijn inspectie-indicaties

In ieder hoofdstuk staan de vervolgvragen bij een opvallende uitslag. Deze vragen zijn nadrukkelijk ook bedoeld voor ziekenhuizen als zelfevaluatie. De indicaties voor deze vragen zijn zó gekozen dat de kans op onverantwoorde zorg groter is als de indicatiewaarde bereikt of overschreden wordt. De vragen gaan met name over de datakwaliteit en over de inhoudelijke kwaliteit. Beiden worden hieronder uitgelegd.

Onderzoeksindicaties naar de datakwaliteit

Bij indicaties voor de datakwaliteit kunnen vragen gesteld worden over het ontbreken van, of over fouten in de data. Een belangrijk doel hiervan is de kwaliteit van de data te verbeteren. Daarnaast geeft het feit dat een ziekenhuis een gegeven niet kan leveren, of alleen met veel fouten in de data, ook aan dat de kans groter is dat het ziekenhuis dat deel van het (zorg)proces minder in beeld – en dus onder controle – heeft. De inspectie let daarom op ziekenhuizen waarbij:

- Essentiële indicatorgegevens ontbreken, tenzij het ziekenhuis heeft aangegeven dat de indicator niet van toepassing is en deze melding heeft voorzien van een (specifieke) toelichting.
- Een steekproef heeft plaatsgevonden van onvoldoende omvang (laag aantal of onduidelijke selectiecriteria) om betrouwbare conclusies te trekken.
- De indicatorwaarde 100% is.

Onderzoeksindicaties naar de inhoudelijke kwaliteit

Er kunnen eveneens vragen gesteld worden als de uitkomsten van een specifieke instelling in vergelijking met andere ziekenhuizen relatief laag of hoog zijn. De afkappunten hierbij zijn:

- De indicatorwaarde valt onder de 10% laagste indicatorscores van de ziekenhuizen (de 'p10').
- De indicatorwaarde is groter dan 90% van de ziekenhuizen (de 'p90').

Deze indicatie is onafhankelijk van de gewenste richting van de uitslag (lage sterfte, hoge screening). Dit volgt uit de constatering dat uitschieters in beide richtingen een bijzondere situatie representeren. Per indicator wordt gekeken of er uitslagen zijn die een reden vormen voor onderzoek. Deze onderzoeksindicaties zijn te vinden in de volgende hoofdstukken.

Gebruik van de uitslagen voor handhaving

De basisset kwaliteitsindicatoren is onderdeel van het risicotoezicht, gericht op het verminderen van schade door risico's in de patiëntenzorg. De basisset vormt hiermee een belangrijk instrument voor het handhaven van een minimale kwaliteit van zorg op de lange termijn.
Opvallende uitkomsten zijn indicaties voor aanvullend onderzoek, tenzij voorzien van een voldoende toelichting. Ook bijzonder goede zorg kan uitslagen opleveren die indiceren dat nader onderzoek nodig is. De inspectie wil niet te snel concluderen dat afwijkend slecht is, aangezien dit kan leiden tot het remmen van gewenste ontwikkelingen. Zelden wordt op basis van één opvallende uitslag direct ingegrepen.

De inspectie gebruikt de indicatoren als volgt in haar toezicht:

- De inspectie publiceert jaarlijks over de bevindingen en conclusies in *Het resultaat telt*.
- De inspectie bekijkt de voortgang op het behalen van landelijke normen en doelstellingen.
- Bij direct patiëntengevaar neemt de inspectie gelijk maatregelen, zo mogelijk al voor aanlevering van de definitieve uitslagen (in de periode tussen 15 april en 1 juni).
- Bij opvallende uitslagen op brede schaal voert de inspectie aanvullend onderzoek uit.
- Bij opvallende uitslagen of in een groep met een bekende norm verwacht de inspectie dat een ziekenhuis zelf verbeteracties onderneemt. Het onderwerp en de genomen acties komen later terug in (jaar)gesprekken.
- Aan de hand van de basisset en de gesprekken met ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen bevordert de inspectie de ontwikkeling van de veiligheid en de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen.

Algemene aandachtspunten bij de uitslagen

Namen van ziekenhuizen

De inspectie wil graag een transparant en openbaar gesprek kunnen voeren over de uitslagen van die indicatoren, zonder dat dit leidt tot veroordeling van de instelling. Soms worden ziekenhuizen in deze uitgave bij naam genoemd. Er is hierover veel discussie

geweest met vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen en andere betrokkenen bij de basisset. De inspectie kiest ervoor om de namen van de ziekenhuizen te noemen om de volgende redenen:

- Transparantie: een doel van de indicatoren is het gesprek hierover te openen met specifieke ziekenhuizen. Voor een publieke toezichthouder is dit een publiek proces. De inspectie wil inzage bieden in de wijze waarop signalen gebruikt worden. Ziekenhuizen worden daarbij ook soms met naam genoemd, omdat lezers zo de gebruikte gegevens kunnen verifiëren. Het betreft hier in alle gevallen alleen gegevens die publiek en op naam beschikbaar zijn.
- Naming: een vuistregel van de inspectie is om namen van ziekenhuizen te noemen als vier of minder ziekenhuizen bij een bepaalde indicator opvallen, ongeacht positieve of negatieve uitslag. Het is dus nadrukkelijk geen veroordeling, wel vaak een indicatie voor een gesprek.
- Beleid: het is het algemene beleid van de inspectie om ziekenhuizen te benoemen in rapporten, tenzij er een goede reden is om dat niet te doen.

Kwaliteit van gegevens

De inspectie vindt informatie van goede kwaliteit wanneer het gespreksindicaties oplevert voor ziekenhuizen of over specifieke zorgprocessen. Ook ontbrekende gegevens of bekend foutieve gegevens leveren een goede gespreksindicatie op, bijvoorbeeld over het beeld dat een raad van bestuur zelf heeft van de werkelijke situatie. De volgende uitgangspunten zijn belangrijk:

- Ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en publicatie van haar gegevens. De inspectie waarschuwt al sinds 2009 niet meer wanneer gegevens waarschijnlijk onjuist zijn.
- De betrokken zorgverleners controleren de gegevens voor verzending. Veel indicatoren bevatten onderdelen waarvan de betrouwbaarheid van de data op zijn minst geschat kan worden. Sommige fouten zijn er door een vertegenwoordiger van een afdeling snel uit te halen.
- Kwaliteitsregistraties worden alleen opgenomen als de gegevens geverifieerd kunnen worden. De inspectie neemt sinds 2009 registraties alleen op als de houders ervan bereid zijn de gegevens te controleren en afwijkingen op naam te melden.
- De inspectie vraagt indicatief documenten op ter verificatie, zoals operatieverslagen, verslagen van multidisciplinaire overleggen en van pathologisch onderzoek. Deze documenten geven waardevolle aanvullingen op de informatie uit de indicatoren en een belangrijke verdieping van het toezicht.
- Voor het jaargesprek worden onverwachte bezoeken aan het ziekenhuis gebracht, onder andere met als doel om inzicht te krijgen in de relatie tussen de aangeleverde data en de situatie op de werkvloer.
- Door het bijhouden van trends en het vergelijken van informatie uit verschillende indicatoren kan de inspectie de betrouwbaarheid van informatie beter beoordelen. Ook wordt de aangeleverde data vergeleken met andere data, bijvoorbeeld over het totaal aantal uitgevoerde ingrepen of de gepubliceerde incidentie van ziekten.

1 Operatief proces

U vindt de omschrijving van het operatief proces en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, hoofdstuk 1. De inspectie beschouwt die publicatie onlosmakelijk verbonden aan HRT en verwijst in HRT 2013 bij elk hoofdstuk naar die basisset.

Het uitvoeren van een operatie is een complex proces. Het omvat onder meer de indicatiestelling, de screening en beheersing van risico's, de voorbereiding, het uitvoeren van de ingreep, het herstel en de overdracht naar – in de meeste gevallen – de thuissituatie. In dit HRT besteedt de inspectie specifiek aandacht aan leerdoelen en lerend vermogen.

Uitgangspunten

1. *Wat is de lerende organisatie?*
   De inspectie beschouwt het ziekenhuis niet alleen als instelling voor medisch specialistische zorg, maar in het algemeen ook als een lerende organisatie. Het operatief proces is één van de meest voorkomende processen binnen een ziekenhuis en een proces dat breed door het ziekenhuis heen loopt. Er is vrijwel geen onderdeel van de organisatie dat geen rol speelt in dit proces. Het grote aantal verschillende betrokkenen maakt dit tot een goede indicator voor de competenties van de instelling om complexe processen te organiseren.
2. *Wat is het leerdoel?*
   Een ziekenhuis moet in staat zijn een kwalitatief goed operatief proces te organiseren. Dat wil zeggen veilig, betrouwbaar en voorspelbaar. Dit vereist het volgende:
   1. Ingrepen worden uitgevoerd volgens de lokale implementatie van de richtlijn Operatief Proces.
   2. Ingrepen worden uitgevoerd met zo min mogelijk vermijdbare schade.
   3. Ingrepen worden uitgevoerd met zo min mogelijk ongemak voor de patiënt.
   4. Het ziekenhuis voert alleen die ingrepen uit waarbij het ziekenhuis voldoet aan de minimumnormen voor de verrichting.
   5. Het ziekenhuis heeft een adequate informatievoorziening om de leerdoelen te kunnen evalueren.
3. *Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling?*
   Eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het operatief proces ligt bij de raad van bestuur van de instelling. Medisch specialisten en verpleegkundigen hebben hun eigen en een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de uitgevoerde ingreep op basis van hun professionele achtergrond.
   Het ziekenhuis is samen met de medisch specialisten verantwoordelijk voor het voldoen aan de minimumnormen. Blijkt aan het eind van het jaar dat er ingrepen zijn uitgevoerd waarbij niet volledig is voldaan aan de normen, dan is het de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis om hierover een verklaring af te leggen in de toelichting bij de relevante indicator.

4 *Wat zijn de relevante normen voor het operatief proces (in volgorde)?*
  a De richtlijn Operatief Proces.
    – De raad van bestuur stelt vast of de door een specifieke wetenschappelijke vereniging vastgestelde versie van de norm van toepassing is. Voorkeur van de inspectie is om een eenduidige implementatie uit te voeren in de hele instelling.
  b Voor de ingreep relevante minimumnormen.
  c Voor de ingreep specifieke richtlijnen.
5 *Welke informatie is beschikbaar?*
  a Deelname aan relevante kwaliteitsregistraties:
    Uitgangspunt is dat bij elke ingreep met voldoende risico om het vaststellen van een minimumnorm noodzakelijk te maken, het ook noodzakelijk is om een specifieke kwaliteitsregistratie bij te houden. Als een ziekenhuis deze ingreep uit wil voeren is het noodzakelijk om de bijbehorende kwaliteitsregistratie volledig uit te voeren (data verzamelen, analyseren en bijsturen). De deelname aan landelijke kwaliteits-registraties is in de loop der jaren in steeds meer richtlijnen opgenomen als norm.
  b Minimumnormen:
    – 1.5 Bariatrische chirurgie
    – 5.2.1 Borstkanker
    – 5.3 Longchirurgie
    – 5.4.1 Oesophagus carcinoom en maagcarcinoom
    – 5.4.2 Colorectaal carcinoom
    – 5.5 Blaascarcinoom
    – 6.1 Aneurysma aorta abdominalis (AAA)
    – 6.3 Percutane Coronair Interventie-procedure (PCI)
    – 6.4 Pacemakers
    – 6.5 Carotischirurgie
  c Richtlijn operatief proces
    – 1.3 Time-out
    – 1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe
    – Voortvloeiend uit andere richtlijnen: wondzorg, ondervoeding, delirium.

Toezicht op het operatief proces in 2013

Een belangrijk leerpunt voor de partijen betrokken bij de basisset in 2013 is dat een norm gericht op goede samenwerking en organisatie een grote impact heeft op de kwaliteit en veiligheid van een proces. Een ander leerpunt is dat het bij de keuze van (leer)doelen voor veiligheidsprojecten belangrijk is om de mate van risico een belangrijke doorslaggevende rol te laten spelen. De Monitor Zorggerelateerde Schade van NIVEL en EMGO+/VUmc liet zien dat het operatief proces een van de meest risicovolle processen in ziekenhuizen is, zowel qua vermijdbare schade als vermijdbare sterfte[6]. De daling van de vermijdbare schade tussen 2008 en 2012 is in absolute zin mede te danken aan de grote daling van de

---

[6] Langelaan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J., et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossier-onderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam, Utrecht; EMGO+ Instituut/VUmc, NIVEL, 2013.

schade in het operatief proces. Een van de belangrijke landelijke veranderingen in het operatief proces in deze periode is de invoering van de richtlijn Operatief Proces. Dit is geen bewijs van causaliteit, maar wel een belangrijke stimulans om verder te gaan op de ingeslagen weg. Een belangrijk argument daarbij is ook dat de eerder gepubliceerde resultaten van de invoering van de SURPASS-checklist een vergelijkbaar effect laten zien, namelijk een daling van de sterfte met 45%[7]. In 2013 werd eveneens bekend dat de operatieve sterfte in dit geval van kankerpatiënten duidelijk (met gemiddeld 25%) was gedaald in de periode 2007 – 2012[8]. De daling in de operatieve sterfte heeft gevolgen voor de (leer)doelen voor het operatief proces. Een organisatie moet die doelen kiezen waarvan bekend is uit onderzoek dat zij het meeste risico opleveren. Niet alleen een toezichthouder, maar ook een lerende zorgorganisatie zou risico gestuurd moeten werken.

Complexe processen met meerdere stappen vragen om (meer) specifieke richtlijnen. Het uitgangspunt van het richtlijnengebruik, *comply or explain*, werkt onvoldoende voor een complex proces. Dit volgt uit een aantal (basale) kansberekeningen (en het feit dat een keten zo sterk is als de zwakste schakel). Voor een keten geldt dat bij de gebruikelijke 80% *compliance* aan de richtlijn per stap slechts in 33% van de gevallen het hele proces van vijf stappen volgens de richtlijn verloopt (0,8)[9]. Pas bij 96% *compliance* van de individuele stopmomenten is er een 80% kans dat het hele proces volgens de richtlijn verloopt. Bij 99% *compliance* van elk van de stopmomenten volgt dat het hele proces in 95% van de gevallen volgens de richtlijn wordt uitgevoerd. De richtlijn Operatief Proces zou daarom, wil hij volledig effect hebben, eigenlijk de minimumnorm Operatief Proces moeten heten. Iedereen die ingrepen uitvoert moet volledig aan de norm voldoen. Dit is een oproep aan opstellers van richtlijnen om te komen tot een andere klasse van richtlijnen gericht op het betrouwbaar organiseren van een proces.

De indicator Time-out laat een gemiddelde betrouwbaarheid van de uitvoering zien van 97,1%. Dat betekent dat gemiddeld 86% van alle patiënten een compleet voorspelbaar proces doormaken voor vijf stopmomenten. Voorspelbaar betekent daarbij niet dat er nooit iets onverwachts gebeurt, maar dat voorspelbaarheid afhankelijk is van patiëntfactoren en niet van willekeurige factoren uit de ziekenhuisorganisatie. Uitgaande van de evaluatie van het NIVEL van het operatief proces is dat waarschijnlijk te optimistisch. Directe observatie op de OK laat zien dat de time-out in 71,3% van de gevallen volledig goed wordt uitgevoerd (de compliance voor de gehele keten van vijf stappen zou in dat geval nog maar 18,4% zijn)[9].
Daar zijn twee reacties op mogelijk. Enerzijds is kennelijk ook bij gedeeltelijke implementatie de opbrengst zo groot dat het effect op de schade op nationaal niveau zichtbaar is. Het zou dus kunnen zijn dat dit niveau van invoering al voldoende is. Aan de

[7] Vries, E.N. de, Prins, H.A., Crolla, R.M.P.H., Ouder, A.J. den, Andel, G. van, Helden, S.H. van e.a. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. N Engl J Med 2010;363:1928-37.

[8] http://www.iknl.nl/nieuws/nieuws-detail/2013/10/15/operatiesterfte-na-kankerchirurgie-sterk-gedaald

[9] Blok, C. de, Kop, V., Schoten, S. van, Wagner, C. Time-outprocedure moet beter. OK Operationeel: 2013, 8(4), 20-25

andere kant is duidelijk nog verbetering mogelijk van de uitvoering en (dus) de opbrengst. Het valt op dat in het NIVEL artikel niet staat bij hoeveel ingrepen geen time-out wordt uitgevoerd[10]. Dat was mogelijk niet meer nodig. Het probleem is kennelijk verschoven van het helemaal niet naar het niet-volledig uitvoeren van de time-out.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond het operatief proces?

Het ziekenhuis geeft ten minste op drie van de volgende vragen bevestigend antwoord

1. Het ziekenhuis heeft geen multidisciplinair overleg voor patiënten met een urologisch- of longcarcinoom.
2. Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2013: bij minder dan 76,4% van de patiënten is de pijn gemeten).
3. Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol, geen multidisciplinair deliriumprotocol specifiek voor de intensive care (IC) of geen 24-uurs beschikbaarheid van gespecialiseerd personeel voor het managen van delirium (consultatie, behandeling en deskundigheidsbevordering).
4. Het ziekenhuis heeft geen gegevens over het aantal afdelingen waar de risicoscore op delirium is vastgelegd of het percentage afdelingen is relatief laag (voor 2013: minder dan 59,4%).
5. Het ziekenhuis heeft geen gegevens over het percentage patiënten dat met instrumenten (de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM)) is geobserveerd op de aanwezigheid van delirium. Of het percentage patiënten dat is geobserveerd op delirium is relatief laag (voor 2013: minder dan 4,3%).
6. Het ziekenhuis kan op één van de bovenstaande vragen geen antwoord geven door het ontbreken van informatie.
   - Hoe wordt de veiligheid van complexe patiënten[11] die een operatie ondergaan gewaarborgd?
   - Wie heeft de coördinatie van het veiligheidsbeleid voor deze complexe patiënten?
   - Hoe organiseert het ziekenhuis de voor dit proces relevante screeningen (o.a ondervoeding, pijn, deliriumrisico)?
   - Hoe ver is het ziekenhuis met het invoeren van de relevante Veiligheidsmanagement-systeem (VMS)-thema's?
   - Op welke wijze is de informatievoorziening voor de coördinator/hoofdbehandelaar[12] gewaarborgd?

[10] http://nvlo02.nivel.nl/postprint/PPpp5089.pdf

[11] Onder complexe patiënten verstaat de inspectie in dit geval patiënten die operatieve ingrepen moeten ondergaan die zo complex zijn dat hier minimumnormen voor zijn gepubliceerd.

[12] KNMG. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG, 2010.

Het ziekenhuis gebruikt steekproeven voor het verzamelen van gegevens over pijn, ondervoeding en delirium

- Op welke wijze wordt het operatief proces ondersteund door ICT?
- Welke waarborgen zijn er voor een voldoende informatievoorziening in het operatief proces?
- Is de overdracht van gegevens binnen het operatief proces gewaarborgd?

Het ziekenhuis voldoet bij ten minste twee van de onderstaande ingrepen niet aan de minimumnormen

1. Het aantal pancreasresecties is minder dan 20.
2. Het aantal Aneurysma van de Abdominale Aorta (AAA)-operaties is minder dan 20.
3. Het aantal cystectomieën van een spierinvasief blaascarcinoom is minder dan 10.
   - Voert het ziekenhuis deze ingrepen nog steeds uit?
   - Wat is het concentratiebeleid van het ziekenhuis?
   - Wat is het concentratiebeleid van andere maatschappen in het ziekenhuis voor verrichtingen met een hoog risico, zoals urologie, gynaecologie, interventiecardiologie of -radiologie?
   - Welke zeldzame, risicovolle behandelingen of ingrepen worden in dit ziekenhuis uitgevoerd?
     - Hoe komt de keuze tot stand?
     - Welke maatregelen worden uitgevoerd om voldoende ervaring te krijgen en te behouden?
   - Wat voor regionale afspraken heeft het ziekenhuis over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
   - Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met de regionale huisartsen en de regionale ambulancevoorziening?

1.1 Pijn na een operatie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 1.1.

Indicatoren

- Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten.
- Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie.

Wat zijn de risico's

Goede pijnbestrijding speelt een belangrijke rol in het operatieve proces. Voor patiënten is pijnbestrijding belangrijk: het kan complicaties voorkomen en spoedig herstel en mobilisatie bevorderen.
De bijwerkingen van de pijnbestrijding mogen het goede effect echter niet in de weg staan. Door te sterke medicatie (oversedatie) beleeft een patiënt op een verpleegafdeling weliswaar weinig of geen pijn, maar kan ook niet gemobiliseerd worden, met een grote kans op trombose als gevolg. Patiënten ervaren pijn verschillend en daarom is het voor patiënt en hulpverlener moeilijk te beoordelen hoeveel pijn aanvaardbaar of normaal is. Pijnstilling en de keuze van medicamenten dienen te passen bij de individuele (vraag van de) patiënt en de ingreep.
De indicatoren geven inzicht in de inrichting en de mate van continue registratie van het peroperatieve proces en het belang dat een ziekenhuis hecht aan een adequate pijnstilling per patiënt. Het aantal patiënten dat is opgenomen in de steekproef voor de indicatoren laat zien hoe ver de informatisering van verpleegafdelingen is gevorderd. De integratie met andere screeningen, zoals ondervoeding, geeft inzicht in de inrichting van de werkprocessen in het ziekenhuis en hoe ziekenhuizen deze informatie gebruiken.
Tevens kan een goede registratie van pijnscores de noodzakelijke informatie geven over de patiëntengroepen die extra aandacht nodig hebben bij pijnbestrijding. Door inzet in de afgelopen jaren is er op de verkoeverkamer inmiddels gestructureerde aandacht voor postoperatieve pijnbestrijding. Belangrijk is ook de gestructureerde aandacht hiervoor tijdens de latere postoperatieve fase als de patiënt weer op een verpleegafdeling is.

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces: van de aanwezigheid van de infrastructuur tot het daadwerkelijk actief bewaken van een patiënt met een hoge pijnscore. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van een infrastructuur, vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van metingen bij patiënten (op verpleegafdelingen). De derde fase richt zich op het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en verbetering. De vierde fase (nog geen vraag in de basisset) is het toepassen van de metingen voor adequate preventie van pijn. Deze verdeling in fasen wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is in fase 1: beschikbaar hebben van een infrastructuur

Het ziekenhuis verzamelt de gegevens van de verpleegafdeling door middel van een steekproef

- Het ziekenhuis heeft een vastgesteld pijnbeleid voor postoperatieve patiënten.
  - Hoe is de steekproef verdeeld over de afdelingen?
  - Zijn er waarborgen voor het meten van pijnscores bij alle afdelingen waar operatiepatiënten kunnen liggen?
  - Hoe ver is het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) voor ondersteuning van het verpleegkundig proces ontwikkeld in het ziekenhuis?
  - Op welke wijze evalueert het ziekenhuis het eigen pijnbeleid?

Het ziekenhuis is in fase 2: uitvoering meting

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief laag (voor 2013: bij minder dan 76,4% van de patiënten is de pijn gemeten)

- Wat is het beleid voor het bewaken van patiënten op de afdeling, inclusief criteria voor ontslag naar huis (welke pijnbestrijding is mogelijk, welke protocollen, wie is verantwoordelijk, scholing, etc.)?
- Wat zijn de criteria voor het uitvoeren van een pijnmeting?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld omdat ze de Nederlandse taal niet machtig zijn?
- Hoe is de verdeling van de percentages over de afdelingen?
- Welke waarborgen zijn er voor het uitvoeren van metingen ten behoeve van de patiëntbewaking op de afdeling (pols, tensie, bloedcontrole, saturatiemeter, ademfrequentie, neurologische functies bij epidurale pijnbestrijding)?
- Hoe worden andere gestandaardiseerde relevante metingen en processen op de verpleegafdeling (delirium, dubbelcheck bij medicatie) uitgevoerd?
- Op welke wijze organiseren het ziekenhuis of de verschillende afdelingen feedback en audits?
- Hoeveel klachten heeft het ziekenhuis het afgelopen jaar gekregen over pijn en het pijnbeleid en tot welke verbeteracties heeft dat geleid?

Het percentage patiënten met een pijnscore op de verpleegafdeling is relatief hoog (voor 2013: bij meer dan 98,5% van de patiënten is de pijn gemeten)

- Leggen het ziekenhuis of de afdelingen de pijnscore elektronisch vast?
  - Zo nee:
    - Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
    - Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits en hoe vaak?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten waarbij het moeilijk is om de pijnscore te meten, bijvoorbeeld omdat ze de Nederlandse taal niet machtig zijn?
- Hoe gaat de afdeling om met patiënten waarbij de eerste pijnscores laag waren?

Het ziekenhuis is in fase 3: beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 (op een schaal van 1 tot 10) is relatief hoog (voor 2013: meer dan 11,2% van de patiënten hebben een pijnscore boven de 7)

- Wat is het pijnbeleid op de verpleegafdeling?
- Hoe functioneren de pijnteams/de acute pijnservice en hoe is hun bereikbaarheid?
- Welke middelen heeft een verpleegafdeling om pijn te bestrijden?
- Worden de pijnscores en het pijnbeleid met pijnteam en verpleegafdelingen gezamenlijk besproken?
- Hoe vaak wordt het pijnbeleid geëvalueerd?
- Hoe gaat de afdeling om met patiënten waarbij de eerste pijnscores laag waren?
- Hoe wordt het medicatiebeleid vastgelegd?
- Hoe is het beleid ter preventie van een delirium?

Het percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 is relatief laag (voor 2013: minder dan 2,1%)

- Op welke wijze worden pijnscores gemeten?
  - Hoe worden patiënten met veel pijn geïdentificeerd?
  - Hoe groot is het verschil in scores tussen de afdelingen?
  - Kan het ziekenhuis deze gegevens overleggen?
- Wordt de kwaliteit van de pijnmeting bewaakt?
- Hoe is het pijnbeleid georganiseerd?

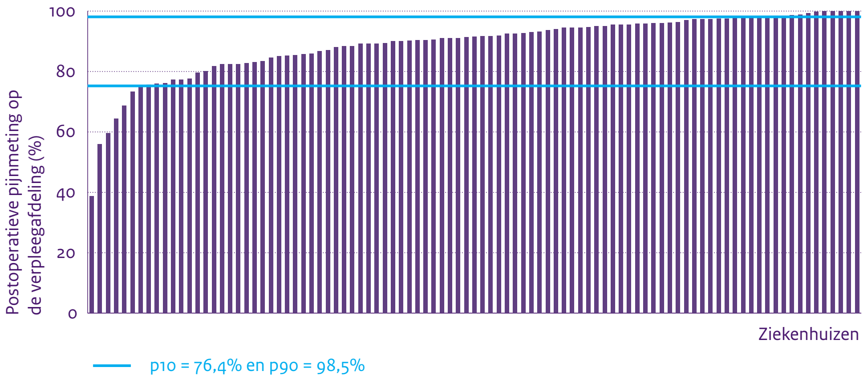
Resultaten

Het gemiddelde percentage geregistreerde pijnmetingen steeg in 2013 opnieuw ten opzichte van 2012 met 4,1%, van 85% naar 89,1%. 20 ziekenhuizen gebruikten een steekproef voor het aanleveren van de gegevens, in 2012 waren dit nog 25 ziekenhuizen. Behalve het Oogziekenhuis (Rotterdam) en het Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) hebben alle ziekenhuizen data aangeleverd voor het berekenen van het percentage pijnmetingen op de verpleegafdelingen. Bovenstaande ziekenhuizen verklaarden de data niet aan te hoeven leveren, omdat er in deze ziekenhuizen enkel dagopnames plaatsvinden. Dit betekent echter niet dat postoperatieve pijnmetingen bij deze groep patiënten niet relevant zijn.

Het percentage patiënten met een pijnscore hoger dan 7 binnen 72 uur na een operatie is licht afgenomen, van 7,2% naar 6,9%. Het aantal geïncludeerde patiënten in deze indicator is met 13% gestegen van 348.066 patiënten in 2012 naar 401.155 in 2013.

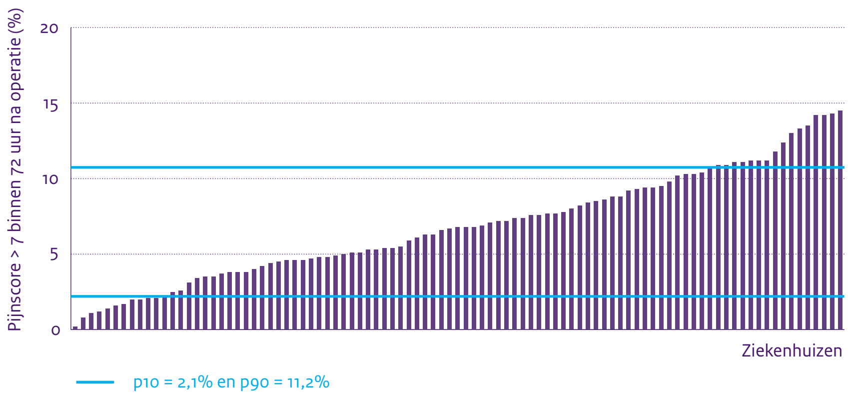
Figuur 1.1.1

Gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling (n=95)



Figuur 1.1.2

Patiënten met een pijnscore boven de 7 binnen 72 uur na een operatie (n=95)



Tabel 1.1.1

Kengetallen pijn na een operatie (n=95)

Pijnmetingen	Gemiddelde (%) (min. – max.)	Mediaan (%)	Aantal met 100%	Geen antwoord
Percentage patiënten met gestandaardiseerde pijnmetingen	89,1 (38,7-100)	91,6	5	2
Percentage patiënten met een pijnscore score boven de 7 binnen 72 uur na operatie	6,9 (0,2-14,5)	6,8	-	2

Aandachtspunten bij het pijnbeleid na een operatie en de daarbij horende indicatoren

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat steeds meer ziekenhuizen structureel screenen op postoperatieve pijn en hiervoor een beleid ontwikkelen. De grote spreiding tussen de ziekenhuizen maakt zichtbaar dat nog veel verbetering mogelijk is.
Naast de zichtbare verbeteringen die de inzet op pijn met zich mee brengt, kleven er ook nadelen aan. Zo vergt het driemaal daags vastleggen van pijnscores een flinke inspanning: niet alleen wordt het verpleegkundig personeel belast met het uitvragen van de scores, de scores moeten ook op een juiste wijze geregistreerd en bewaakt worden. Bovendien moet een organisatie daadwerkelijk gaan sturen op een beter pijnbeleid. Belangrijk onderdeel daarvan is luisteren naar de behoeften van de patiënt. Het recente onderzoek Pain Practice toont aan dat de hoeveelheid gewenste pijnbestrijding door de patiënt vaak lager ligt dan in richtlijnen wordt voorgeschreven[13]. Enerzijds kan dit leiden tot overbehandeling, anderzijds tot een vertekening in uitkomsten op de indicator pijnscore. Wanneer een richtlijn (deels) ook over de beleving van een patiënt gaat, zoals hier het geval is, moet extra goed onderzocht worden hoe richtlijnafspraken afgestemd kunnen worden op de behoeften van de patiënt.

Een andere risico is het gevaar van oversedatie. Diverse middelen die gebruikt worden ter bestrijding van postoperatieve pijn hebben tevens een sederend effect. Pijn geldt bij diverse aandoeningen als signaal dat er iets mis is, en als een waarschuwing om een lichaamsdeel te ontzien en zo verdere beschadiging te voorkomen. Met name postoperatief zijn deze signalen van belang, zodat tijdig ingegrepen kan worden bij complicaties. Het ziekenhuis moet zich hiervan bewust zijn en een duidelijke afweging maken tussen het bereiken van een lage pijnscore en het nog kunnen opmerken van pijnsignalen. Het leerdoel hierbij is te zorgen voor adequate pijnbestrijding die niet of zo min mogelijk door een sedererend effect de symptomen maskeert.

Toekomst indicatoren voor pijn

Sinds 2013 wordt de indicator postoperatieve pijnmeting op de verkoever niet meer uitgevraagd. Dit geeft ruimte om na te denken over nieuwe indicatoren. Een ziekenhuisbreed protocol voor pijn maakt al deel uit van een veiligheidsmanagementsysteem[14]. Vanaf 2015 gaat de inspectie dit uitvragen in een indicator. In eerste opzet zal deze indicator vragen naar de aanwezige structuren voor het ziekenhuisbreed meten van pijn. Een volgende stap zal het vragen naar de uitkomsten hiervan zijn.

[13] van Dijk JF, Kappen TH, Schuurmans MJ, van Wijck AJ. The Relation Between Patients' NRS Pain Scores and Their Desire for Additional Opioids after Surgery. Pain Pract. 2014 Apr 16. doi: 10.1111/papr.12217.

[14] Factsheet VMS, vroege herkenning en behandeling van pijn: Een ziekenhuisbreed geaccordeerd protocol voor individuele pijnbehandeling waarin de taken en verantwoordelijkheden duidelijk zijn beschreven alsmede farmacologische en niet-farmacologische interventies.

1.2 Heupfractuur

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 1.2.

Indicatoren

- Heroperaties bij een heupfractuur.

Wat zijn de risico's

De inspectie besteedt in de basisset aandacht aan heroperaties bij heupfracturen, omdat deze ingreep vaak kwetsbare, oudere patiënten betreft. Dit type patiënten heeft vaak meerdere problemen tegelijk en revalidatie naderhand verloopt vaker moeizaam. Oudere patiënten met een heupfractuur worden door zorgverleners dan ook aangewezen als dé groep patiënten die het meest schade ondervindt van inadequate zorg en incidenten tijdens het zorgproces[15]. Daarbij is het zorgproces bij deze patiëntengroep vanwege onder meer de comorbiditeit vaker (zeer) complex. Het behandelen van een heupfractuur vereist samenwerking tussen verschillende afdelingen en disciplines, zoals de spoedeisende hulp, radiologie, chirurgie/orthopedie, geriatrie, anesthesiologie, de operatieafdeling en soms de intensive care afdeling. Om het risico van complicaties te verminderen is naast aandacht voor de fractuur ook aandacht nodig voor de eventuele comorbiditeit van de patiënt.
Het is belangrijk dat één zorgverlener de regie voert over deze complexe serie van interventies van verschillende specialismen en ziekenhuisafdelingen[16].

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief hoog of gemiddeld over 3 jaar relatief hoog (na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) voor 2013: meer dan 7,2%, over 3 jaar: meer dan 5,4%, na een endoprothese van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) voor 2013: meer dan 6,2%, over 3 jaar: meer dan 5,3%, na een interne fixatie van een pertrochantere fractuur (breuk door heupbeen onder de hals) voor 2013: meer dan 4,6%, over 3 jaar: meer dan 4,1%)

- Wat was in 2013 de ziekenhuismortaliteit (tijdens de opname) na een heupfractuur?
- Hoe organiseert het ziekenhuis de kwaliteitsbewaking van de indicatiestelling voor operaties?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd op de percentages en wat zijn daarvan de conclusies en ondernomen acties?
- Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met het tijdstip van de ingreep?
- Heeft het ziekenhuis daarbij gekeken naar een relatie met de operateur (orthopeed, chirurg, traumatoloog, assistent)?

[15] Lubberding, S.; Merten, H. & Wagner, C. Patiëntveiligheid en Complexe Zorg bij oudere patiënten met een heupfractuur. Rapport, Utrecht, NIVEL, 2010.

[16] Moran, WP, Chen GJ, Watters C, Poehling G, Millman F. Using a collaborative approach to reduce post-operative complications for hip-fracture patients: a three-year follow-up. Journal on Quality and Patient Safety, 2006, 32 (1):16-23.

– Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal heroperaties te verminderen?
– Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij een heupfractuur (delirium, ondervoeding)?
– Worden de ingrepen door meerdere vakgroepen uitgevoerd?
– Zo ja:
  - Worden (verschillen in) technieken en resultaten tussen de vakgroepen besproken?
  - Wordt de traumatologie in het ziekenhuis door een geïntegreerde groep van specialisten bestaande uit chirurgen en orthopeden uitgevoerd?
  - Hebben alle uitvoerende specialismen ook inzage in de complete complicatieregistratie?
  - Gebruiken alle uitvoerende specialismen gestandaardiseerde ziektespecifieke protocollen?
  - Op welke wijze wordt de zorg voor de patiënt met een heupfractuur gecoördineerd?

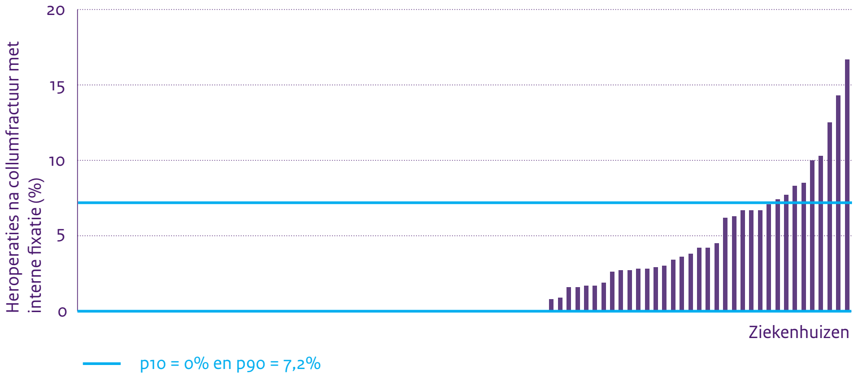
Eén of meer van de percentages heroperaties is relatief laag of gemiddeld over 3 jaar relatief laag (voor 2013 en over 3 jaar bij alle typen ingrepen: 0%)
– Hoe spoort het ziekenhuis heroperaties op?
– Worden data verzameld van alle vakgroepen die deze ingreep uitvoeren?
– Welk coderingssysteem hebben de vakgroepen voor de registratie van operatie-technieken?
– Welke analyse voerde het ziekenhuis uit en wat zijn de conclusies?
– Hoe scoort het ziekenhuis op andere risicofactoren bij heupfractuur (delirium, ondervoeding)?

Resultaten
Het gemiddelde percentage heroperaties na een interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) was 2,1% in 2013[17]. Dit is gelijk aan het percentage in 2012. 57 ziekenhuizen gaven aan geen heroperaties na deze ingreep te hebben gedaan. Ook het percentage heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur met endoprothese en het percentage heroperaties na interne fixatie van een pertrochantere fractuur zijn gelijk aan 2012 met respectievelijk 2,1% en 1,9%. Wel is de spreiding voor heroperaties tussen de ziekenhuizen bij interne fixatie van een collum femoris en pertrochantere fractuur afgenomen en was er in 2013 één ziekenhuis minder dat bij een collum femoris fractuur endoprotheses inbracht en één ziekenhuis minder die interne fixaties van een pertrochantere fractuur uitvoerde. Het aantal ziekenhuizen (n=89) dat collumfracturen door middel van interne fixatie herstelt is in 2013 gelijk gebleven aan het aantal ziekenhuizen in 2012.

[17] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 2 ziekenhuizen dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

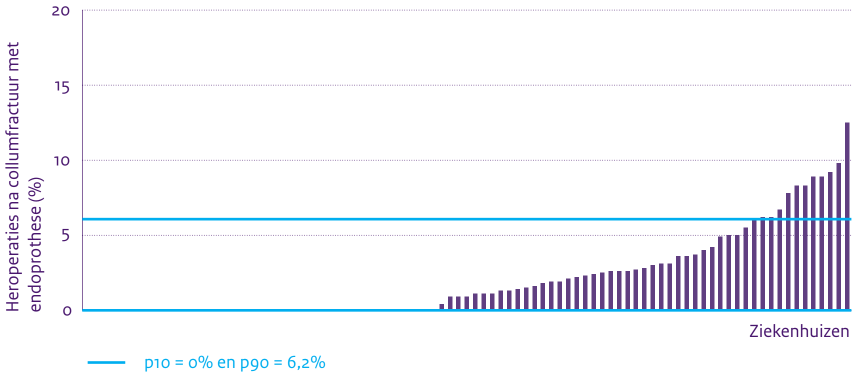
Figuur 1.2.1

Percentage heroperaties na interne fixatie van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) (n=89)



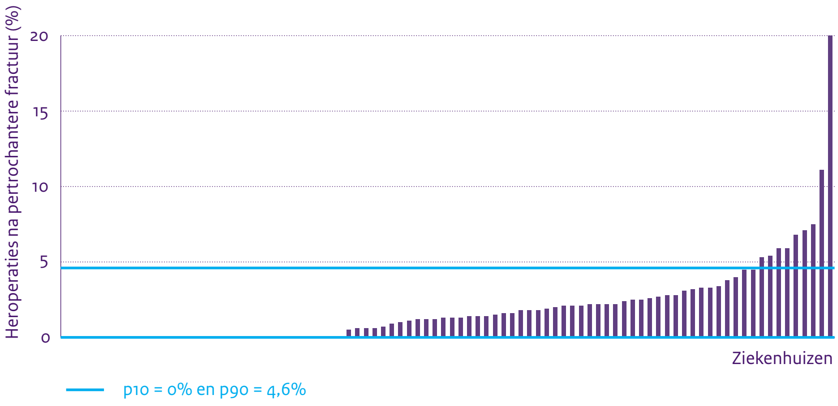
Figuur 1.2.2

Percentage heroperaties na behandeling van een collum femoris fractuur (dijbeenhalsbreuk) met een endoprothese (n=91)



Figuur 1.2.3

Percentage heroperaties na interne fixatie van een pertrochantere fractuur (n=90)



Tabel 1.2.1

Percentage heroperaties

Percentage heroperaties	Gemiddelde (%) (min. – max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 0% (n)	Geen antwoord (n)
Na interne fixatie van een collum femoris fractuur	2,1 (0-16,7)	0	54	4
Na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese	2,1 (0-12,5)	0,9	42	2
Na interne fixatie van een pertrochantere fractuur	1,9 (0-20)	1,3	33	3
Gemiddeld percentage na interne fixatie van een collum femoris fractuur over laatste 3 jaar	2,6 (0-18,2)	2,1	25	3
Gemiddeld percentage na behandeling van een collum femoris fractuur met een endoprothese over laatste 3 jaar	2,3 (0-12,4)	1,4	16	2
Gemiddeld percentage na interne fixatie van een pertrochantere fractuur over laatste 3 jaar	1,8 (0-17,9)	1,3	16	2

Aandachtspunten voor de zorg bij een heupfractuur en de daarbij horende indicatoren

Opvallend aan de data is dat het gemiddelde percentage heroperaties bij alle heupfractuuroperaties constant lijkt te zijn. Daarmee is een einde gekomen aan een daling van een aantal opeenvolgende jaren. Wel zijn de verschillen tussen ziekenhuizen verder afgenomen en lijkt de kwaliteit constanter. Bij relatief zeldzame complicaties is het lastig om de frequentie te beoordelen, met name in ziekenhuizen die de ingreep weinig uitvoeren. Toeval speelt dan een grote rol. Door het gemiddelde over drie jaar te bekijken, heeft de inspectie meer handvatten om de indicator juist te beoordelen. De spreiding tussen de ziekenhuizen is dan kleiner en de resultaten zijn betrouwbaarder.
Een voorbeeld van een ziekenhuis dat al drie jaar op rij een hoog percentage heroperaties doet, is het Erasmus MC (Rotterdam). Uit de cijfers die dit ziekenhuis rapporteert blijkt eens te meer hoe gecompliceerd het kan zijn om als inspectie hierover een oordeel te vormen. 17,9% van de interne fixaties van een pertrochantere fractuur in de afgelopen drie jaar mondde uit in een heroperatie. In 2013 gaf het Erasmus MC hierbij een vrij uitgebreide toelichting. Dat is een goed teken. Het ziekenhuis geeft daarmee aan te erkennen dat het relatief hoge percentage heroperaties in het oog springt. De toelichting is inhoudelijk ook relevant; het betreft onder andere een patiënt met een botbreuk op basis van een tumor (multipel myeloom) in het bot. Er zijn natuurlijk altijd redenen waarom een individuele patiënt een complicatie krijgt. Daarmee rijst de vraag of de populatiesamenstelling van invloed is op het aantal complicaties. Hier geeft de toelichting van het Erasmus MC geen antwoord op. En misschien wel de meest interessante vraag is: waarom vindt het ziekenhuis dat het deze ingreep moet blijven verrichten? Met 10 ingrepen voert het ziekenhuis in vergelijking tot het landelijk gemiddelde (72 ingrepen per ziekenhuis) weinig heupoperaties uit. Er kunnen goede redenen zijn – zolang er geen minimumnormen zijn – om de ingreep te blijven doen, maar dat moet dan een weloverwogen en toetsbaar besluit zijn. Dat besluit past nu nog niet in een toelichting bij de indicator, maar kan wel in het terugkerende jaargesprek met de inspectie aan de orde komen.

Heupfracturen komen veelal bij oudere, kwetsbare patiënten voor en eventuele complicaties en heroperaties hebben een extra grote impact op deze groep patiënten. Voor het herstel is het van groot belang dat een ziekenhuis complicaties goed in beeld heeft en daar actief op acteert. De oorzaak van de landelijke afname van heroperaties ligt mogelijk in het (steeds) grotere belang dat ziekenhuizen bij de uitkomsten hebben. Ziekenhuizen zijn vanaf 1 maart 2014 verplicht sterftecijfers na heupoperaties openbaar te maken[18]. Hiermee is er voor ziekenhuizen een extra belang bijgekomen om goede resultaten te hebben. Het is interessant om te zien hoe ziekenhuizen over deze cijfers communiceren. Op 28 februari 2014 schrijven de ziekenhuizen in Den Bosch, Tilburg en Uden in het Brabants Dagblad dat patiënten niet op grond van deze publicatie 'moeten gaan shoppen'[19]. Los van de vraag

[18] zie http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/75-ziekenhuizen-publiceren-sterftecijfers (geraadpleegd op 9 oktober 2014).

[19] Brabants Dagblad. Niet shoppen op basis van sterftecijfers ziekenhuis. 28 februari 2014.

of ‘shoppen’ een juiste omschrijving is van de ziekenhuiskeuze van patiënten bij een toch tamelijk riskant ziekteproces (20-25% mortaliteit binnen 1 jaar[20]), was het goed geweest om aan te geven op grond van welke overwegingen de patiënt dan wél die keuze zou moeten maken. Alleen als duidelijk is wat de cruciale onderscheidende kenmerken zijn is voor de patiënt een goede keuze mogelijk.

Toekomst indicator heupfractuur

In de toekomst zal de inspectie extra gaan inzetten op de traumazorg met behulp van twee nieuwe indicatoren. Het is aangetoond dat structurele medebehandeling door een geriatrisch team bij patiënten met heupfractuur (van 70 jaar en ouder) leidt tot minder complicaties in het ziekenhuis tijdens de postoperatieve periode[21]. Om die reden zal de inspectie gaan uitvragen bij welk deel van de patiënten van 70 jaar en ouder met een heupfractuur het geriatrieteam preoperatief is betrokken bij de behandeling. Daarnaast is de inspectie geïnteresseerd in de bekwaamheid van orthopeden. Daarom is het voornemen om uit te vragen welk deel van de orthopedisch chirurgen werkzaam in de traumachirurgie hiervoor gecertificeerd is.

[20] http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/bewegingsstelsel-en-bindweefsel/heupfractuur/omvang (geraadpleegd op 28 augustus 2014).

[21] Stenvall M, Olofsson B, Lundstrom M, Englund U, Borssen B, Svensson O, Nyberg L, Gustafson. A multi-disciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck (fracture). Osteoporos Int, 2007, 18(2):167–175.

1.3 Stopmoment IV: Time-out

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 1.3.

Indicatoren
– Time-out.

Wat zijn de risico's
In het operatief proces wordt in korte tijd hoogwaardige, complexe zorg verleend door veel beroepsbeoefenaren. Uit de literatuur blijkt dat in het operatieve proces relatief veel *adverse events* (ongewenste gebeurtenissen) en calamiteiten optreden met schade voor de patiënt of zelfs met overlijden als gevolg. Sinds 2006 houdt de inspectie specifiek toezicht op het operatieve proces: Toezicht Operatief Proces (TOP). Mede door het toezicht zijn de voorwaarden voor verantwoorde zorg in het operatieve proces verbeterd. De richtlijnen voor Het Preoperatieve Traject[22] en Het Peroperatieve Traject[23] geven een procesbeschrijving van het traject vanaf verwijzing van de patiënt naar het ziekenhuis, tot en met de procedure direct voorafgaand aan de operatie. In de richtlijnen staan vijf cruciale stopmomenten beschreven. Tijdens deze stopmomenten moet alle informatie aanwezig en kloppend zijn, voordat de patiënt de volgende stap in het proces in kan.
De indicator Time-out vraagt naar het vierde stopmoment. Het vierde stopmoment wordt uitgevoerd op het moment dat de patiënt de operatiekamer binnenkomt, voordat hij geopereerd wordt. Een laag percentage patiënten waarbij dit stopmoment is uitgevoerd kan wijzen op te weinig samenwerking tussen het chirurgische en anesthesiologische team en het ontbreken van standaardisatie in handelen en overdracht. Het ontbreken van standaardisatie kan leiden tot een verhoogd risico op sterfte en complicaties bij operaties[23,24]. Daarnaast kan het niet volgen van de richtlijnen ook duiden op onvoldoende hygiënisch gedrag en onvoldoende maatregelen voor infectiepreventie.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV is relatief laag (voor 2013: minder dan 91,9%)
– Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2013 niet te voldoen aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject. Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
– Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak van het niet voldoen aan de richtlijnen? Is er een audit beschikbaar?

[22] NVA, NVvH, CBO, Richtlijn NVA, NVvH, CBO. Het Preoperatieve Traject. CBO: Utrecht; december 2009.
[23] NVA&NVvH. NVA, NVvH. Richtlijn Het Peroperatieve Traject. NVA, NVvH: Utrecht; 2011.
[24] De Vries E.N., Prins H.A., Crolla R.M.P.H., et al, and the SURPASS Collaborative Group. The effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. N Eng J Med 2010b;363:1928-1937.

– Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject?

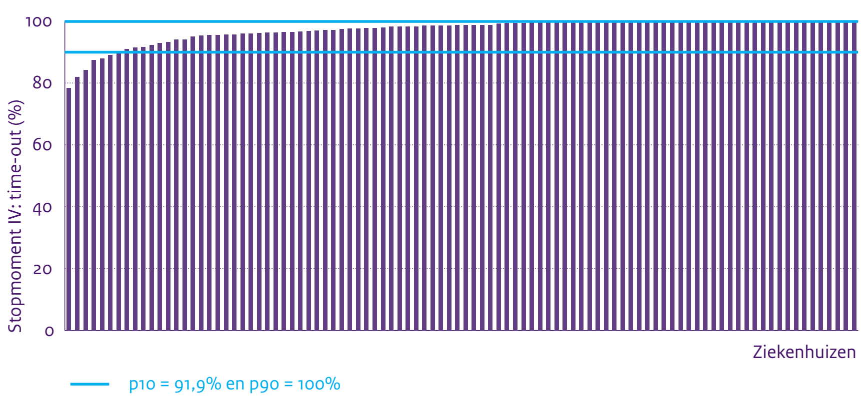
Het percentage juist uitgevoerde stopmomenten IV is relatief hoog (voor 2013: gelijk aan 100%)
– Heeft u onderzoek gedaan naar de kwaliteit van het invullen?
– Registreert u de time-out procedure in het EPD?
– Wie is er verantwoordelijk voor het registreren van dit stopmoment?
– Hoe vaak is er daadwerkelijk gestopt naar aanleiding van een stopmoment?
– Wordt het juist uitvoeren van de andere stopmomenten binnen het operatief proces ook gecontroleerd?
– Zijn er het afgelopen jaar incidenten of calamiteiten bekend waarbij na de time-out toch niet de juiste materialen aanwezig waren, een verwisseling is opgetreden, een allergie is genegeerd, antibiotica niet is gegeven etc.?
– Worden er audits uitgevoerd op het juist uitvoeren van de stopmomenten? Hoe vaak in het afgelopen jaar?

Resultaten

De inspectie vroeg de indicator Time-out voor het eerst uit in de basisset van 2012. In 2013 blijkt dat de spreiding tussen de ziekenhuizen ten opzichte van 2012 afgenomen is, van 62,1-100% naar 78,4-100%. Van de 96 ziekenhuizen gaven 12 ziekenhuizen aan dat de aangeleverde cijfers gebaseerd waren op een steekproef. 30 ziekenhuizen gaven aan stopmoment IV altijd uitgevoerd en vastgelegd te hebben. Uit de resultaten blijkt dat de indicator steeds vaker digitaal geregistreerd wordt. Een aantal ziekenhuizen gaf hierbij in de toelichting aan een verplicht veld in het EPD gegenereerd te hebben, waardoor het stopmoment IV bij elke electieve ingreep vastgelegd moet worden. De kwaliteit van de vastgelegde stopmomenten is daarmee niet automatisch gewaarborgd.

Figuur 1.3.1

Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (n=96)



Tabel 1.3.1

Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd (n=96)

	Gemiddelde (%) (min. – max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)	Geen antwoord (n)
Percentage electieve patiënten waarbij stopmoment IV is uitgevoerd en vastgelegd	97,2 (78,4-100)	98,7	30	0

Aandachtspunten voor de time-out en de daarbij horende indicatoren

De afgelopen jaren hebben verschillende ziekenhuizen ingezet op het voorspelbaar maken van het operatief proces, bijvoorbeeld door checklisten met stopmomenten tijdens en voor de operatie te gebruiken en door het tijdig toedienen van antibioticaprofylaxe. Dit heeft geleid tot een positief resultaat, zo blijkt uit het onderzoek van NIVEL/EMGO: de vermijdbare sterfte in ziekenhuizen is de afgelopen jaren flink gedaald, mede door veranderingen in het operatief proces[25].

Een groot doel vraagt om een lange termijn proces

In het operatief proces in Nederland is sprake van een grote cultuurverandering. Dat is het resultaat van een heel lang proces, ook bij de inspectie. Het eerste plan voor een toezichttraject gericht op het operatief proces dateert uit 2003. Het proces werd daarbij opgesplitst in drie onderdelen: het preoperatief, peroperatief en postoperatief proces. Deze onderdelen zijn gebaseerd op de drie grote groepen risico's bij het perioperatief proces: communicatie tijdens de voorbereiding, systematisch veilig werken tijdens de operatie en goed samenwerken na de operatie. De drie stappen kregen eigen namen: TOP (Toezicht Operatief Proces) 1, 2 en 3. In de jaren die volgden werden deze stappen een begrip. Naar aanleiding van de inspectierapporten werden drie richtlijnen opgesteld, die samen de richtlijn Operatief Proces vormen.
In de toezichtprojecten werden experimenten uitgevoerd met onaangekondigde bezoeken, directe observaties van hoogrisico processen en systematische informatieanalyses van de preoperatieve informatiestroom. Veel van deze experimenten zijn inmiddels standaard inspectiegereedschap geworden.

Spectaculaire veranderingen

Tijdens het invoeren van de richtlijn voerde de inspectie toezichtbezoeken uit gericht op het implementatieproces. Daarna werd de handhavende rol steeds groter. Het aantal vermijdbare sterfgevallen is spectaculair gedaald. Dit is het gevolg van een duidelijke visie op de zorg, een inzet die over een zeer lange periode wordt volgehouden en het gebruik van een breed scala aan instrumenten. Dit leidt tot opmerkelijke veranderingen, die te danken zijn aan de gezamenlijke inspanning van vele partijen die dezelfde visie delen.

Lessen van tien jaar toezien op het operatief proces

De inzet op OK-veiligheid in de afgelopen jaren heeft een enorme impact gehad. Terugkijkend maakt dit helder waar een lange termijn inzet toe kan leiden en maakt het de inspectie als toezichthouder meer bewust van de effecten van het eigen handelen. Dit bewustzijn komt van pas bij andere risico's die een lange termijn inzet vragen – zoals

[25] Langelaan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J., et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam, Utrecht; EMGO+ Instituut/VUmc, NIVEL, 2013.

medicatieveiligheid, coördinatie van zorg voor kwetsbare ouderen, of overdracht van informatie tussen zorgverleners.
De lessen van de inspectie zijn:
- Kies een focus in de zorg.
- Richt de inspanningen op deze focus over een lange tijd.
- Zorg dat de voortgang duidelijk is.
- Verhoog de inspanningen op basis van data.
- Gebruik het volledige spectrum aan middelen (alle typen bezoeken, rapporten, indicatoren).
- Zorg dat de inspanningen aansluiten bij anderen met dezelfde visie en zoek wederzijdse versterking.

1.4 Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 1.4.

Indicatoren

– Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe.

Wat zijn de risico's

Het tijdens de operatie toedienen van antibiotica draagt bij aan het verhinderen van postoperatieve wondinfecties (POWI's). Een POWI kan ernstige gevolgen hebben voor de patiënt. Alle patiënten die geopereerd worden en waarvoor antibioticaprofylaxe is geïndiceerd, dienen het juiste middel, op het juiste tijdstip toegediend te krijgen. Het optimale moment van toedienen ligt rond 30 minuten voor de incisie. De vastgestelde norm voor de toediening van antibioticaprofylaxe is 15-60 minuten voor incisie (of bloedleegte). Op deze wijze is het mogelijk een optimale antibioticaspiegel tijdens de operatie te borgen[26,27,28]. Profylaxe die langer dan een uur voor de operatie wordt gegeven, leidt tot meer wondinfecties, evenals profylaxe gegeven na de incisie[29,30,31].

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe is relatief laag (voor 2013: minder dan 74,4%)

– Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2013 niet te voldoen aan de richtlijnen voor het peroperatief traject.
  - Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
  - Als het ziekenhuis van mening is in het verslagjaar 2013 wel aan de richtlijn te voldoen: wat is de onderbouwing van die opvatting?
  - Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen?

– Neemt het ziekenhuis deel aan module postoperatieve wondinfectie (POWI) van PREZIES? Wat zijn de resultaten hiervan?

---

[26] DiPiro, J.T., Vallner, J.J., Bowden, T.A., et al. Intraoperative serum concentrations of cefazolin and cefoxitin administered preoperatively at different times. Clinical Pharmacy 1984; 3: 64-7.

[27] Burke, J.F. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. Surgery 1961; 50: 161-8.

[28] Stone, H.H., Hooper, C.A., Kolb, L.D., et al. Antibiotic prophylaxis in gastric, biliary and colonic surgery. Annals of Surgery 1976; 184: 443-52.

[29] Galandiuk, S., Polk, H.C, Jagelman, D.G., et al. Re-emphasis of priorities in surgical antibiotic prophylaxis. Surgery, Gynecology and Obstetrics 1989;169: 219-22.

[30] Classen, D.C , Evans, R.S., Pestotnik, S.L., et al. The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. New England Journal of Medicine 1992;326: 281-6.

[31] Lizan-Garcia M, Garcia-Caballero J, Asensio-Vegas A. Risk factors for surgical-wound infection in general surgery: a prospective study. Infect control Hosp Epidemiol 1997; 18: 310-15.

– Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage POWI's?
– Is er onderzoek gedaan naar de afwijkende uitkomsten?

Het percentage tijdig toegediende peroperatieve antibioticaprofylaxe is relatief hoog (voor 2013: gelijk aan 100%)

– Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
– Heeft het ziekenhuis een audit gedaan naar de kwaliteit van het proces?
  - Welke waarborgen zijn er voor het goed uitvoeren van de profylaxe?
  - Heeft u onderzoek gedaan naar de kwaliteit van het invullen?
  - Registreert u het tijdstip waarop de antibioticaprofylaxe is toegediend in het EPD?
  - Wie is er verantwoordelijk voor het invullen?

Het percentage indicatoroperaties waarbij antiobioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt is relatief laag (voor 2013: minder dan 93,2%)

– Het ziekenhuis lijkt in het verslagjaar 2013 niet te voldoen aan de richtlijnen voor het peroperatief traject.
  - Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan de richtlijnen voldoet?
  - Als het ziekenhuis van mening is in het verslagjaar 2013 wel aan de richtlijn te voldoen: wat is de onderbouwing van die opvatting?
– Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak van het niet voldoen aan de richtlijnen? Is er een audit beschikbaar?
– Zijn er groepen operaties waarbij een afwijkend beleid wordt gevoerd?
– Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om te voldoen aan de richtlijnen voor het preoperatief traject en het peroperatief traject?
– Neemt het ziekenhuis deel aan module POWI van PREZIES? Wat zijn de resultaten hiervan?
– Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage postoperatieve wondinfecties?

Het percentage indicatoroperaties waarbij antiobioticaprofylaxe is toegediend aan de patiënt is relatief hoog (voor 2013: gelijk aan 100%)

– Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
– Heeft u een audit uitgevoerd naar de kwaliteit van het profylaxe proces?
– Wie is er verantwoordelijk voor het proces?

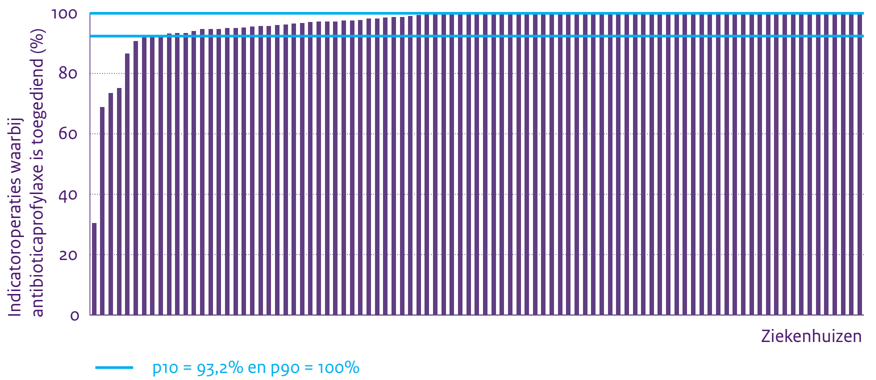
Resultaten

De inspectie heeft de indicator Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe in de set van 2013 voor het eerst uitgevraagd. Van de 93 ziekenhuizen die gegevens aanleverden, baseerden 17 ziekenhuizen de cijfers op een steekproef. Volgens een aantal ziekenhuizen was hun registratie nog niet volledig en het resultaat daarom niet waarheidsgetrouw. 4 ziekenhuizen leverden geen gegevens aan, de genoemde indicatoroperaties werden in deze ziekenhuizen niet uitgevoerd. Het gemiddelde percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is toegediend, is hoog (96,6%). Bij gemiddeld 89,9% van de ingrepen waarbij antibiotica-profylaxe werd toegediend, werd deze tijdig toegediend. Een uitschieter is het Medisch

Spectrum Twente, dat bij 30,5% van de indicatoringrepen antibioticaprofylaxe toediende, waarvan bij 44,4% van de ingrepen op tijd.

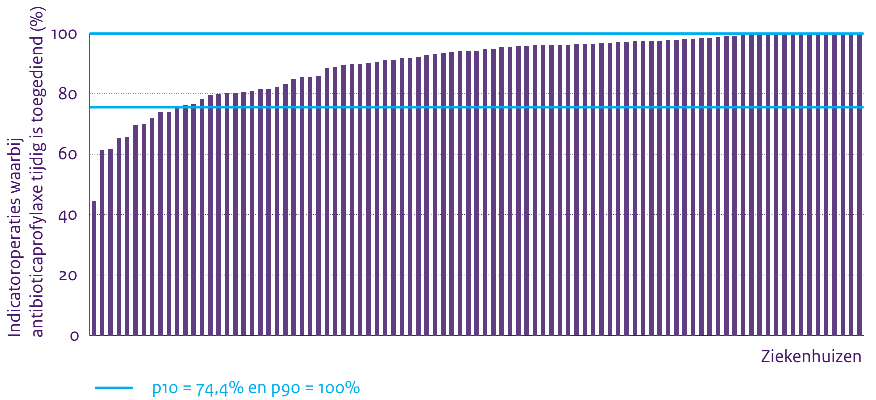
Figuur 1.4.1

Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is toegediend (n=93)



Figuur 1.4.2

Percentage indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe tijdig is toegediend (n=93)



Tabel 1.4.1

Kengetallen tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe (n=93)

Indicator	Gemiddeld (%) (min. – max.)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)
Indicatoroperaties waarbij antibioticaprofylaxe is gegeven	96,6 (30,5-100)	99,7	45
Tijdig toegediende antibioticaprofylaxe	89,9 (44,4-100)	94,3	14

Aandachtspunten voor de tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe

De aandachtspunten in paragraaf 1.3 Stopmoment IV, Time-out zijn ook van toepassing op deze indicator.

De indicator Tijdige peroperatieve antibioticaprofylaxe werd in 2013 voor het eerst uitgevraagd en is een aanvulling op de indicator Time-out. Ondanks de recente opname van de indicator lijken veel ziekenhuizen het proces goed onder controle te hebben. Deze uitslag past bij de (hoopvolle) conclusie dat de richtlijn Operatief Proces goed is geïmplementeerd. Een later ingevoerde indicator geeft hetzelfde beeld als een al langer bestaand instrument.
Als een indicator voor het eerst uitgevraagd wordt, ontstaat er soms discussie over de grenzen waarbinnen de ziekenhuizen kunnen aanleveren. Een aantal ziekenhuizen gaven in hun toelichting bij deze indicator aan dat zij verschillende toedieningsvormen van antibioticaprofylaxe hanteren, waarvan sommige met een langere toedieningtijd. Dit zou de indicatoruitslagen kunnen beïnvloeden. Een andere discussie is het moment van toediening: enkele ziekenhuizen tellen de tijd dat de antibiotica inloopt niet mee. Beide verklaringen maken het effect van het invoeren van een publieke indicator duidelijk. De eerste jaren geven inzicht in de lokale verschillen in beleid, daarna vindt standaardisering van landelijke feedback plaats. Dit is analoog aan de landelijke discussie bij pijnmeting[32]. Desondanks zorgen de verschillende opvattingen ervoor dat de inspectie de resultaten van de ziekenhuizen moeilijk met elkaar kan vergelijken.

De vraag is of de door het ziekenhuis genoemde redenen een acceptabele uitzondering vormen op de tekst van de richtlijn. Een toezichthouder kan daar op verschillende manieren mee omgaan. De inspectie kan de tekst strikt interpreteren: het antibioticum moet zijn toegediend tussen vijftien en zestig minuten voor de incisie. Ook kan de inspectie vragen om waarborgen voor de juiste antibioticumspiegel in het wondgebied of aandacht besteden aan het aantal wondinfecties. De laatste optie lijkt aantrekkelijk. Het gaat hier immers om de uitkomst van het profylaxe proces. Echter, het aantal noodzakelijke ingrepen (de populatie) om aan te tonen dat er echt geen verschil is in de veiligheid van het proces, is heel groot (rond de duizend ingrepen bij een infectiepercentage van circa één procent). Het is om die reden geen praktische optie. Ook het bepalen van de weefselspiegel als routineonderdeel van het kwaliteitsbewakingproces is niet praktisch. Ziekenhuizen zullen de lokale gewoontes die zij beschrijven wel op deze manier kunnen (en moeten) onderbouwen. Ook hier geldt *comply or explain*. Bij niet adequaat verklaarde afwijkingen van een richtlijn is na implementatie alleen strakke handhaving mogelijk.

[32] Broeren J., Zwan T. van der., Vos R. de., et al. Pijnmeting blijft aanvechtbaar. Medisch Contact. 2012; 28:1722-4.

1.5 Bariatrische chirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 1.5.

Indicatoren

- Volume bariatrische ingrepen.
- Percentage postoperatieve controles.

Wat zijn de risico's

De chirurgische behandeling van morbide obesitas heeft als doel significant gewichtsverlies, maar heeft een duidelijk risico op operatieve complicaties en langetermijncomplicaties.
De ingrepen worden tegenwoordig steeds vaker gedaan met behulp van laparoscopische techniek. Dit resulteert in een sneller postoperatief herstel met vergelijkbare resultaten, maar de leercurve is vanwege de hoge technische moeilijkheidsgraad langer.
In de richtlijn Morbide Obesitas[33] uit 2011 staat dat per instituut jaarlijks gemiddeld (gemeten over een aaneensluitende periode van drie jaar) tenminste 100 bariatrische procedures plaats moeten vinden. Ook mogen complexe bariatrische ingrepen zoals de laparoscopische gastric bypass procedure, duodenal switch en sleeve resecties pas worden uitgevoerd nadat voldoende ervaring is opgedaan met eenvoudiger procedures (minimaal 100 laparoscopisch verstelbare maagbanden (LAGB)) en de professionals voldoende getraind zijn. Maagballonnen worden in de richtlijn Morbide Obesitas niet genoemd en vallen niet onder de voorwaarden van tenminste 100 bariatrische procedures. Deze ingreep zou inmiddels niet vaak meer worden uitgevoerd. In de particuliere klinieken werd in 2013 volgens eigen opgave van de klinieken de maagballon in nog maar 2 klinieken geplaatst[34].
Naast ervaring met de operatietechnieken, is het van groot belang dat een geopereerde patiënt ook na de bariatrische ingreep onder controle van het ziekenhuis blijft. Een follow-up vindt gewoonlijk plaats na 6 weken en 3, 6, 12 en 24 maanden na een bariatrische ingreep. Hierbij wordt gecontroleerd op micronutriënten en vitamines, na een bypass tevens op eiwit, albumine en parathormoon (PTH). Postoperatief wordt het dieet regelmatig en bij voorkeur door een diëtist met ervaring bij morbide obese patiënten bewaakt. Van belang daarbij zijn: informatie over het juiste dieet voor de bariatrische procedure, bewaking van de micronutriëntenstatus, informatie over patiëntenorganisaties, individuele voedingssupplementen, begeleiding en aanwijzingen om gewichtsverlies en behoud hiervan op de lange termijn te bewerkstelligen. Ziekenhuizen waar geen *follow-up* plaatsvindt, hebben geen zicht op de resultaten van bariatrische ingrepen en eventuele complicaties daarbij. Dit kan grote risico's opleveren voor de patiënt.

[33] NVvH. Richtlijn Morbide Obesitas. NVvH: Utrecht, 2011.

[34] IGZ. Het resultaat telt particuliere klinieken 2013. p. 58. IGZ: Utrecht; december 2014.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis voert minder dan 100 bariatrische procedures uit

- Voert het ziekenhuis in 2014 de ingrepen nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de maatschap chirurgie genomen om over 2014 aan de norm te kunnen voldoen?
  - Zijn er andere onderdelen van de norm waar het ziekenhuis niet aan voldoet (zie richtlijn Morbide Obesitas 2011)? Zo ja, welke maatregelen zijn en worden genomen om hieraan te voldoen?
  - Wat is het concentratiebeleid van het ziekenhuis?
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?

Resultaten

De indicatoren rondom bariatrische chirurgie worden sinds 2013 uitgevraagd. 72 ziekenhuizen gaven aan geen bariatrische chirurgie te verrichten, 19 ziekenhuizen voerden in 2013 wel bariatrische ingrepen uit. Bariatrische chirurgie bij kinderen kwam niet voor. Gemiddeld deden ziekenhuizen 459 bariatrische ingrepen variërend van 57 tot 1.044 ingrepen per centrum. Alleen de MC groep (Lelystad, Emmeloord, Dronten), haalde de minimum volumenorm van 100 bariatrische procedures per jaar uit de richtlijn Morbide Obesitas niet. Niet elk 'bariatrisch' ziekenhuis deed alle ingrepen. Zo gaven een aantal ziekenhuizen aan geen *sleeve* resecties en/of maagbanden te doen. Ook gaven ziekenhuizen aan bariatrische ingrepen te doen die niet in de indicator opgenomen zijn, zoals een *re-do*.

Gemiddeld heeft bij 83,4% van de patiënten 24 maanden na bariatrische chirurgie een postoperatieve controle plaatsgevonden. Variërend van 18,7% tot 100% per centrum.
Die spreiding lijkt groot maar het Medische Centrum Haaglanden (MCH) (Den Haag) is met slechts 18,7% een uitschieter. Volgens het MCH is dit het gevolg van samenwerkingsafspraken met de Nederlandse Obesitas Kliniek West. Het MCH opereert de patiënten van de Nederlandse Obesitas Kliniek West maar de postoperatieve controles vinden plaats bij de kliniek. De percentages van de overige 18 ziekenhuizen liepen uiteen van 71,7% tot 100%. Ondanks dat de indicator nieuw is, lijkt de spreiding beperkt.
Er was één ziekenhuis dat maagballonnen plaatste, het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) (Leeuwarden). Dit ziekenhuis gaf aan dat maagballonnen alleen in uitzonderlijke situaties gebruikt werden om het operatierisico te reduceren. Het ging dan om de voorbereiding van een operatie bij patiënten met een ernstigste vorm van obesitas. De verklaring van het ziekenhuis past bij de derdelijnsfunctie die dit ziekenhuis heeft voor bariatrische patiënten. Andere derdelijnsinstellingen doen deze ingreep niet (meer).

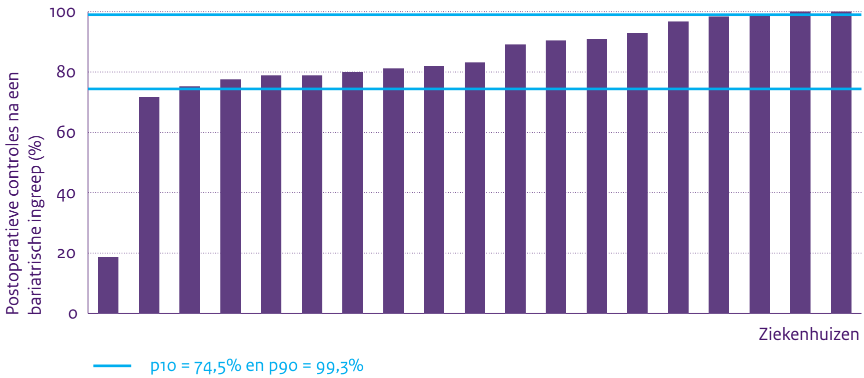
Tabel 1.5.1

Kengetallen bariatrische chirurgie (n=19)

	Gemiddeld aantal ingrepen (min.-max.)	Mediaan (n)
Totaal aantal patiënten ≥ 18 jaar in het verslagjaar waarbij bariatrische chirurgie is uitgevoerd	459 (57-1.044)	402
Maagbanden (alle leeftijden)	22 (0-102)	4
Gastric bypasses (alle leeftijden)	324 (31-872)	317
Sleeve resecties (alle leeftijden)	62 (0-343)	35

Figuur 1.5.1

Percentage postoperatieve controles na een bariatrische ingreep (n=19)



Aandachtspunten voor de bariatrie en de daarbij horende indicatoren

Bariatrische chirurgie: een complexe behandeling als onderdeel van een lang, ingewikkeld traject.
Bij bariatrische chirurgie gaat het om een ingreep in het maag-darmstelsel met als doel het reduceren van energieopname via de voeding. Deze ingreep kent een scala aan risico's en dat maakt het belangrijk voor een inspectie die gebruik maakt van risicogestuurd toezicht. In de eerste plaats is er het risico van een ingreep bij een grote en zware patiënt. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie heeft meermalen gewezen op de noodzaak van apparatuur en procedures die geschikt zijn voor deze groep patiënten. Zoals bredere en zwaardere operatietafels, geschikte tilapparatuur en aangepaste voorzieningen voor beademing. In de tweede plaats bestaat bij deze patiënten een verhoogd risico op trombose en beademingscomplicaties. In de derde plaats zijn er de risico's van de darmoperatie zelf: het leggen van een goede darmnaad vraagt ervaring. Naadlekkage dat hierbij op kan treden, is een ernstige complicatie.
Vervolgens zijn er de risico's na de ingreep. De fysiek van de patiënt is veranderd. Na de operatie blijkt het vaak moeilijk om alleen minder energie op te nemen met als gevolg een eiwit- en/of vitaminegebrek als veel voorkomende complicatie. *Dumping* (te snelle maagontlediging) kan optreden waardoor onvoldoende verwerkt voedsel in de dunne darm terecht komt. Tot slot is de chirurgische ingreep maar een beperkt onderdeel van een veel groter traject. Aanpassing van de levensstijl en het omgaan met de (grote) veranderingen in het lichaam vragen een langdurige begeleiding.

Bariatrische chirurgische behandelingen vallen duidelijk onder de noemer 'hoogrisico chirurgie'. Dat betekent dat de inspectie de gestelde minimumnormen (zie onder) streng zal handhaven, net als in de oncologie en de thoraxchirurgie. Het valt de inspectie op dat in de normen geen eisen staan voor de opvang van patiënten met spoedeisende complicaties. Een ziekenhuis moet in staat zijn om acute complicaties bij deze groep patiënten op te vangen. Het is gezien de aangekondigde herschikking van spoedeisende functies niet meer vanzelfsprekend dat een instelling dit zelf in huis heeft. Verder vraagt de richtlijn niet om: een behandelplan, afspraken over een gemeenschappelijke statusvoering en aan welke normen een overdracht moet voldoen.

De normen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)
De bariatrische chirurgie valt onder de behandelingen in categorie IV.
Voor bariatrische chirurgie stelt de NVvH dat de zorginstelling moet voldoen aan de volgende voorwaarden:
- Er is een afdeling interne geneeskunde (endocrinologie) en MDL-ziekten, met specifieke kennis met betrekking tot morbide obesitas en chirurgische behandelopties.
- Er is een afdeling radiologie met expertise op het gebied van interventies.
- Er is een afdeling endoscopie.
- Er is een vast team van anesthesiologen voor de behandeling van bariatrische patiënten.

- Er is een multidisciplinair team (ten minste bestaande uit een internist/endocrinoloog, diëtist(e), psycholoog, chirurg en verpleegkundig specialist) voor de intake, indicatiestelling en begeleiding van patiënten.
- Er is binnen een kliniek overeenstemming tussen de betrokken disciplines over de te behandelen categorieën patiënten.
- Er zijn protocollen voor de chirurgische behandeling van morbide obesitas.
- Er zijn basisvoorzieningen, materialen en instrumenten t.b.v. morbide obese patiënten, zoals wachtruimten, stoelen, bedden, weegschalen en *recovery room* en intensive care-faciliteiten.
- Er is een vast contact met een expertisecentrum voor verwijzing of overleg. Acute- en complicatiechirurgie wordt uitgevoerd door eigen chirurgen met voldoende ervaring in de electieve setting, dan wel zijn er afspraken met het expertisecentrum over deze ingrepen.
- De afdeling onderhoudt een digitale database waarin behandelgegevens en uitkomsten van zorg en complicaties van alle behandelde patiënten worden geregistreerd.
- Er worden minimaal honderd primaire bariatrische procedures per jaar verricht.
- Geadviseerd wordt dat afdelingen die beginnen met bariatrische chirurgie zich eerst beperken tot eenvoudige procedures (laparoscopische maagbandplaatsing) bij laagrisico patiënten. Hiertoe worden gerekend patiënten met een ASA classificatie ≤ 3, geen grote buikoperaties in de voorgeschiedenis, leeftijd < 60 jaar en een BMI ≤ 45 voor mannen en ≤ 50 voor vrouwen.
- Aanbevolen wordt de eerste 1 tot 2 jaar geen super-obese patiënten (BMI> 50) te behandelen en geen technisch complexe ingrepen uit te voeren, totdat voldoende ervaring is opgedaan (minimaal 75-100 LAGB-procedures).
- Complexe bariatrische ingrepen zoals de laparoscopische gastric bypass procedure, duodenal switch en sleeve resecties worden pas uitgevoerd nadat voldoende ervaring is opgedaan met eenvoudigere procedures (minimaal 100 LAGB) en de professionals voldoende getraind zijn.

1.6 Cataractregistratie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 1.6.

Indicatoren

- Cataractregistratie.

Wat zijn de risico's

Het belang van dataregistratie en analyse op basis van de verzamelde gegevens is onomstreden. Om de kwaliteit van cataractchirurgie te verbeteren is het noodzakelijk dat iedere chirurg zich spiegelt aan de kwaliteit van anderen.
Uitvraag naar deelname aan de landelijke Kwaliteitsregistratie Cataract van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) betekent derhalve impliciet dat hiermee wordt gevraagd naar de bereidheid van de individuele specialist om zich met anderen te vergelijken. Het aanleveren van kwantitatieve informatie aan deze registratie leidt ertoe dat een specialist op basis van objectieve informatie zijn handelen kan evalueren en verbeteren. Daarnaast biedt het een raad van bestuur handvatten om zicht te krijgen op de aangeboden zorg in het ziekenhuis en is het hebben van stuurinformatie over cataractingrepen een indicatie voor de mate waarin de raad van bestuur 'in control' is.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage opgenomen patiënten in de NOG-registratie is relatief laag (voor 2013: 82,3%)

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het eigen handelen bij cataractoperaties?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Hoe spreekt het ziekenhuis maatschappen aan die risicovolle ingrepen uitvoeren?
- Doet het ziekenhuis ook aan andere kwaliteitsregistraties minder of niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Welke waarborgen voor verantwoorde zorg, inclusief indicatiestelling, heeft het ziekenhuis?

Het percentage opgenomen patiënten in de NOG-registratie is relatief hoog (voor 2013: 100%)

- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de NOG-registratie?
- Komen alle patiënten daadwerkelijk naar alle postoperatieve controles?

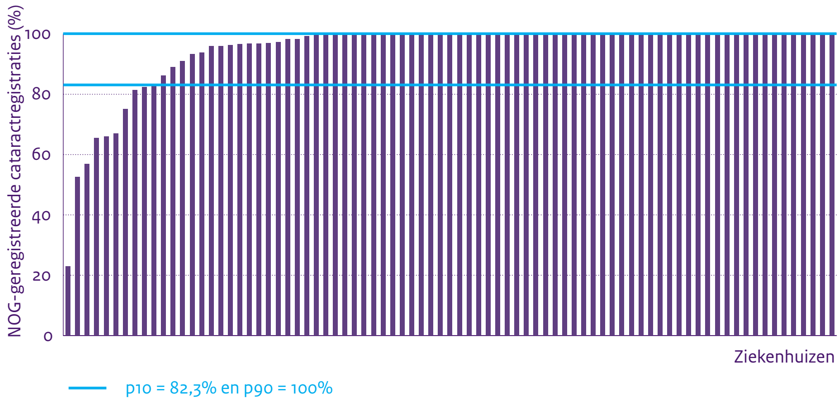
Resultaten

In 2013 hebben 82 ziekenhuizen gegevens over cataractoperaties ingevoerd in de landelijke Kwaliteitsregistratie Cataract van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG).
6 ziekenhuizen gaven aan een eigen registratiesysteem te gebruiken voor het invoeren van cataractoperaties. Het gemiddelde percentage ingevoerde operaties was 94,7% (23%- 100%).
54 ziekenhuizen registreerden 100% van hun cataractoperaties in het landelijke NOG-systeem. Het Röpcke-Zweers Ziekenhuis (Hardenberg) was een uitschieter, zij registreerden

slechts 23% van de cataractingrepen. In de toelichting gaven zij aan pas in oktober 2013 gestart te zijn met de invoer van gegevens in het NOG-systeem. Het is niet bekend waarom zij als één van de laatste ziekenhuizen in Nederland startten met deze registratie.

Figuur 1.6.1

Percentage NOG-geregistreerde cataractregistraties (n=82)



Aandachtspunten voor de cataractregistratie en de daarbij behorende indicator

Cataractoperaties worden op veel verschillende plaatsen onder zeer uiteenlopende condities uitgevoerd. Tijdens één van de toezichtbezoeken van de inspectie bleek dat een oogarts zijn werkzaamheden uitvoerde in een tot operatiekamer verbouwde voorraadkamer, die in zijn geheel niet aan de eisen voldeed. Interessant is de verklaring die het ziekenhuis hiervoor gaf: 'Er waren nooit problemen bij de oogheelkunde, dus er was geen noodzaak de OK aan te passen'. Na het bezoek heeft het ziekenhuis de situatie aangepast.
Het aantal patiënten dat een cataractingreep ondergaat is enorm, terwijl de kans op complicaties erg klein is. Dat maakt een goede registratie belangrijk. Immers, hoe lager de complicatiefrequentie, hoe moeilijker het is om deze zonder systematische registratie te beoordelen. Tegelijkertijd is de volledigheid van de registratie zeer belangrijk. Het weglaten van enkele patiënten – bijvoorbeeld omdat er 'iets mee is' – kan een registratie compleet zinloos maken. Bij de vroegere indicator achterkapselruptuur bijvoorbeeld, meldden meer instellingen dan verwacht geen enkele complicatie te hebben. De kwaliteitscommissie van het NOG bestempelde deze gerapporteerde aantallen complicaties als ongeloofwaardig.
Het vraagt daarom een gezamenlijke inspanning van NOG, de inspectie en anderen om de volledigheid van de registratie van de complicaties te bewaken. Alleen met betrouwbare gegevens zorgen we ervoor dat risico's goed in beeld komen.

2 Spoedprocessen

U vindt de omschrijving van het spoedproces en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, hoofdstuk 2.

De spoedeisende hulpverlening is gezondheidszorg met een hoog risico. Vroegtijdige en adequate triage, snel beschikbare verantwoorde zorg en competente zorgverleners zijn vaak beslissend voor het overleven en/of de omvang van (blijvende) gevolgen bij de ernstig zieke patiënt.

Uitgangspunten

1 *Wat is de lerende organisatie?*
De inspectie beschouwt de keten vanaf het ontstaan van de spoedeisende zorgvraag tot aan de aansluiting op het electieve proces of het einde van de behandeling in deze als de lerende organisatie. Schakels van de spoedeisende hulpketen zijn de huisarts, de huisartsenpost, de ambulance en de Spoedeisende hulp (SEH).

2 *Wat is het leerdoel?*
  a Een organisatie moet in staat zijn een patiënt met een spoedeisende aandoening, binnen een voor de aandoening relevante tijd, zo te behandelen dat er geen spoedeisende behandeldoelen meer zijn of dat het afgesproken behandeldoel is gehaald.
  b Dimensies:
    – Tijd.
    – Aandoening.
    – Zorgvraag.
    – Samenwerkingspartners in de keten.

3 *Wie is verantwoordelijk?*
  a Voor de eigen onderdelen: de zorginstelling en de betrokken specialisten.
  b Voor de samenhang tot aan de beantwoording van de zorgvraag: geen eenduidige eindverantwoordelijkheid. Er is geen zorgregisseur zoals staat beschreven in de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van de KNMG[35].

4 *Wat zijn de relevante minimumnormen voor ziekenhuizen?*
  a Structuur: 45 minutengrens voor bereikbaarheid SEH.
  b Proces en uitkomst: o.a. de richtlijnen voor hartinfarct: ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI), cerebro vasculair accident (CVA), traumatologie[36].

5 *Welke informatie is beschikbaar over de risico's binnen de set?*
  a Structuur:
    – Behandeling patiënten met een STEMI, structuur delen.
    – Maag-Darm-Lever (MDL) infrastructuur.
    – Voldoen aan minimumnormen electieve ingreep aan een aneurysma van de abdominale aorta (AAA).

[35] KNMG. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG, 2010.

[36] http://www.trauma.nl/richtlijnen

   - Beoordeling community acquired pneumonia (CAP).
b. Proces: tijdsintervallen bij:
   - STEMI.
   - Spoedscopie.
   - Tijdige behandeling bij CAP.
c. Uitkomst:
   - Sterfte na Percutane Coronair Interventie-procedure (PCI).

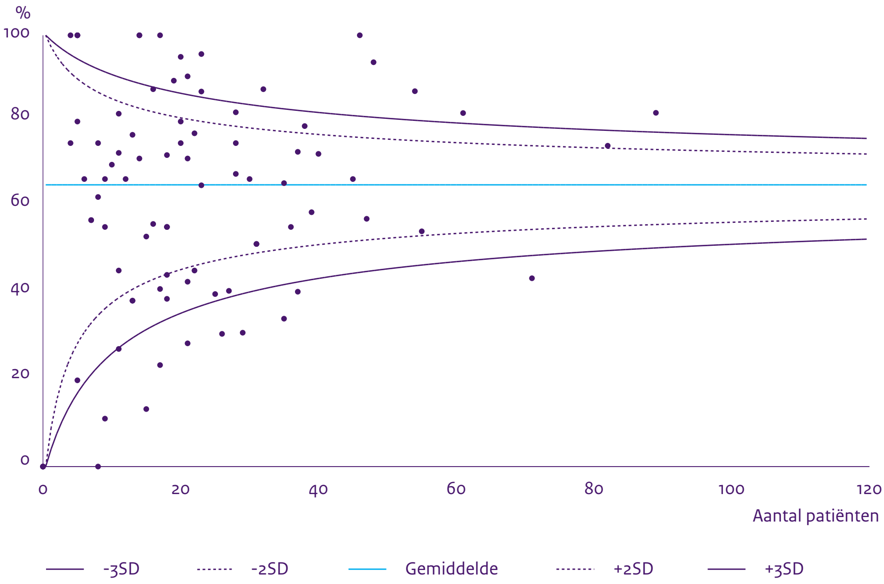
Hoe beoordeelt de inspectie of een organisatie leert binnen het spoedeisende proces? Een typisch voorbeeld van effectief leren is de aanpak van de doorlooptijd van CVA-patiënten met een mogelijke indicatie voor trombolyse. Uitgangspunt was de constatering van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie dat de implementatie van de richtlijn voor de behandeling van een acuut CVA onvoldoende effect had gehad. Figuur 2.1.1 laat de situatie in 2008 zien. Het leerdoel daarbij was een zo groot mogelijk aantal patiënten binnen verantwoorde tijd en bij voorkeur een uur na binnenkomst behandelen. In vier jaar was een duidelijke verbetering zichtbaar. De tussenliggende jaren laten elk een ander beeld zien:

- 2008 (zie figuur 2.1.1): de uitgangssituatie waarbij de ziekenhuizen nog geen kennis hebben van elkaars situatie
- 2009 (zie figuur 2.1.2): de snelheid waarmee een instelling kan reageren op korte termijn
- 2010-2011 (zie figuur 2.1.3 en 2.1.4): de snelheid van reageren op de middellange termijn, wie blijft er duidelijk achter?
- 2012 (zie figuur 2.1.5): het maximale leereffect, wat is de maximaal haalbare verbetering?

Er wordt in het model niet gekeken naar de positie van een instelling in een specifiek jaar, maar naar de relatie ten opzichte van voorgaande jaren. Er moet een aantoonbare verbetering zijn, maar er moet ook voldoende rekening gehouden zijn met ontwikkelingen in het veld. In figuur 2.1.3 is ziekenhuis A toezichtwaardig: niet omdat het onder de norm presteerde, maar omdat het niet op tijd signaleerde dat het vergeleken met andere ziekenhuizen zo laag scoorde dat actie noodzakelijk was. Er was dus geen sprake van een aantoonbaar leereffect. Verder blijkt dat een patiënt met een CVA zeker een ander ziekenhuis had moeten kiezen. Er is geen gerechtvaardigd vertrouwen in de door dit ziekenhuis geleverde zorg.

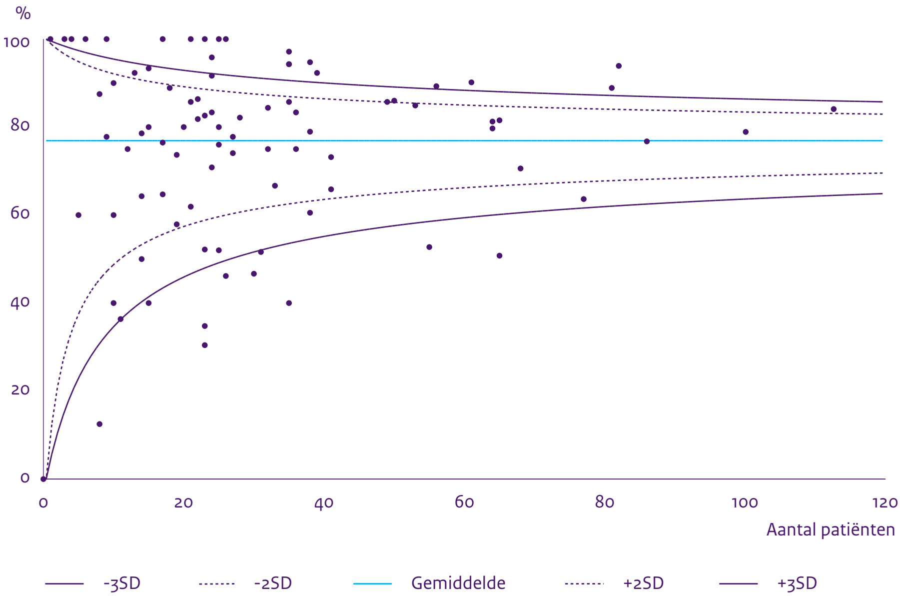
Figuur 2.1.1

Funnelplot 2008 trombolyse



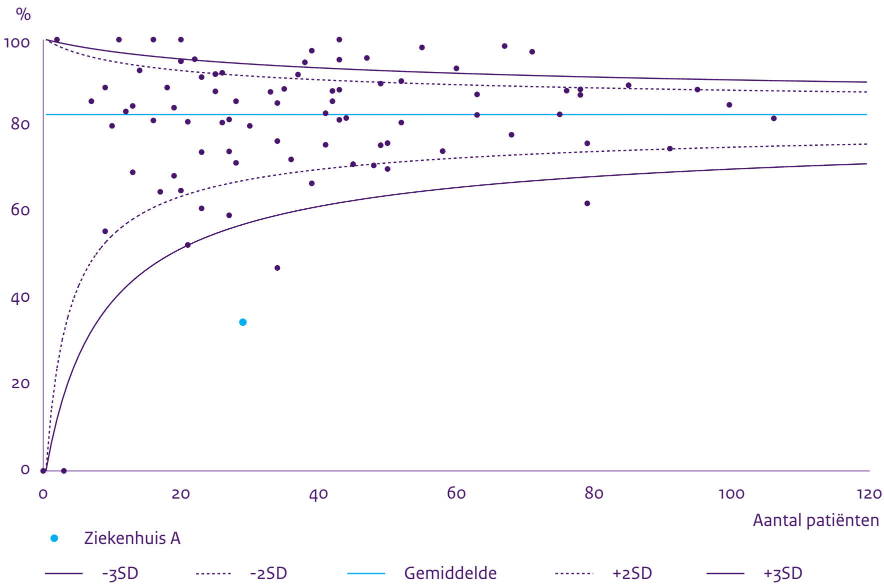
Figuur 2.1.2

Funnelplot 2009 trombolyse



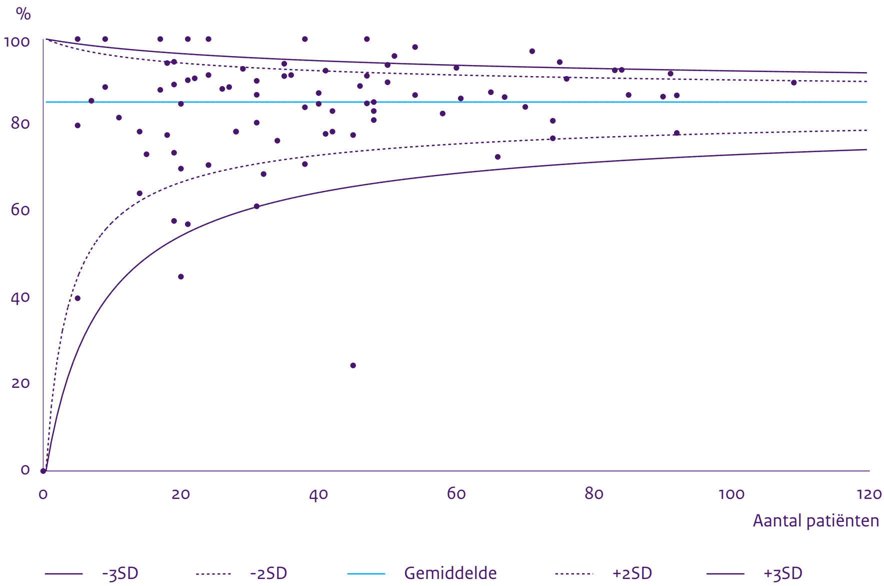
Figuur 2.1.3

Funnelplot 2010 trombolyse



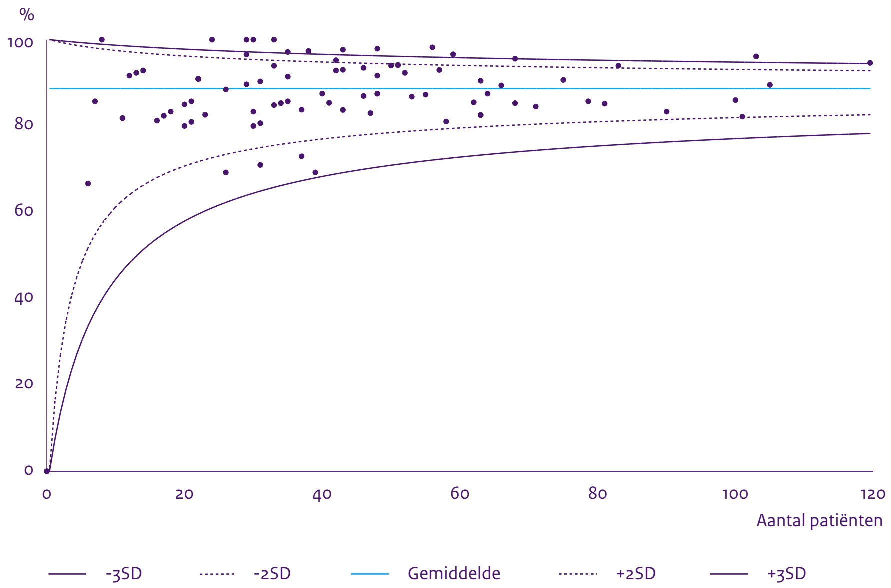
Figuur 2.1.4

Funnelplot 2011 trombolyse



Figuur 2.1.5

Funnelplot 2012 trombolyse



Wat zijn de uitdagingen tot 2016?

Concentratie

In 2013 en 2014 hebben zorgverzekeraars plannen gepresenteerd voor de concentratie van spoedeisende functies in een beperkt aantal ziekenhuizen. Deze plannen liggen voor een deel in het verlengde van de concentratie van complexe ingrepen, zoals de PCI en de behandeling van een aneurysma van de buikslagader. De inspectie heeft geen invloed op de plannen zelf, maar ziet wel toe op de wijze waarop verantwoorde zorg geleverd wordt tijdens het gehele proces. De inspectie zal bijvoorbeeld toezicht blijven houden op de mate waarin een instelling effectief leert omgaan met veranderende verhoudingen in het netwerk van spoedeisende voorzieningen. Het feit dat het voor de inspectie (en anderen) niet duidelijk is wie de eindverantwoordelijkheid heeft in dit netwerk, speelt daarbij ook een rol.

Differentiatie

Concentratie van complexe ingrepen kan leiden tot differentiatie in profielen. Voorbeelden van beschikbare profielen van spoedeisende functies (geen volledige lijst) zijn:

- Indeling in traumanetwerk. Elk ziekenhuis heeft een plaats in een traumanetwerk, indien het de beschikking heeft over een SEH.
- Opvang myocard infarct, uitvoeren PCI.
- Geriatrische traumatologie.

– Vaatchirurgie (aneurysma).
– Longchirurgie.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond spoedprocessen?

Het ziekenhuis heeft twee of meer van de volgende opvallende uitslagen

1 Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname een MDL- scopie plaatsvond, is relatief laag (voor 2013: minder dan 90%).
2 Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven is relatief laag of hoog (voor 2013: meer dan 3,3%, of minder dan 0,9%).
3 Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en de gemiddelde *door-to-needle* of *door-to-balloon time* is relatief kort of lang (voor 2013: korter dan 15 of langer dan 43 minuten).
   – Hoe beheerst het ziekenhuis de risico's in het spoedproces?
   – Hoe organiseert het ziekenhuis de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben?
      - T.a.v. spoedeisend diagnostisch onderzoek?
      - T.a.v. beschikbaarheid van specifieke medicamenten?
      - T.a.v. beschikbaarheid van diagnostische middelen?
      - T.a.v. beschikbaarheid van behandelmogelijkheden?
   – Is onderzoek gedaan naar mogelijke vertragingen in het logistieke proces?
      - Zo ja: Wat was daar het resultaat van en welke maatregelen zijn genomen?
      - Zo nee: Wat is de aanleiding om, wanneer nog geen calamiteiten zijn opgetreden, een preventieve analyse van zorgproblemen uit te voeren?
   – Hoe ver is het ziekenhuis met de implementatie van de richtlijn Operatief Proces voor spoedpatiënten?
   – Hoe zijn de regionale afspraken met de regionale ambulancevoorziening?
   – Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en met andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?

Het ziekenhuis behandelt groepen spoedpatiënten niet

– Welke spoedfuncties heeft het ziekenhuis en hoe zijn die georganiseerd?
– Hoe zijn de regionale afspraken met de regionale ambulancevoorziening?
– Welke afspraken heeft het ziekenhuis met de eerste lijn en met andere ziekenhuizen gemaakt over verwijzingen?
– Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg als patiënten worden terugverwezen?
– Zijn er toch spoedpatiënten die het ziekenhuis in principe niet behandelt aangeboden aan het ziekenhuis en wat is met die patiënten gebeurd?
   - Hoe gaat het ziekenhuis om met electieve patiënten die een acuut probleem krijgen op een zorggebied dat het ziekenhuis niet meer aanbiedt?

3 Verpleegkundige zorg

U vindt de omschrijving van de verpleegkundige zorg en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, hoofdstuk 3 en delen van hoofdstuk 1, 7, 10 en 11.

Maar liefst negentien indicatoren in de basisset omvatten een medisch specialistische- en verpleegkundige component. Om hierbij samen een gemeenschappelijk doel te bereiken en dus de beste verpleegkundige zorg te verlenen, is samenwerken op individueel-, ziekenhuis-, bestuurlijk- en koepelniveau noodzakelijk.

Uitgangspunten

1. *Wat is de lerende organisatie?*
   De inspectie beschouwt de organisatie die verpleegkundige zorg levert als de lerende organisatie. Dit zijn niet alleen de medewerkers van een verpleegafdeling van een ziekenhuis, maar ook medisch specialisten.
2. *Wat is het leerdoel?*
   De organisatie die verpleegkundige zorg levert moet in staat zijn om kwalitatief goede zorg te leveren aan de patiënt. Dit vereist dat verpleegkundigen en medisch specialisten samenwerken. Dit beoogt het hebben van een gemeenschappelijk doel. Samenwerken kan op verschillende niveaus:
   - Vereniging/koepel (bijvoorbeeld Orde van Medisch Specialisten (OMS) - Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN))
   - Bestuurlijk (bijvoorbeeld wetenschappelijke vereniging - afdeling V&VN)
   - Ziekenhuis (afdelingen binnen ziekenhuizen)
   - Individueel (verpleegkundige - medisch specialist)
3. *Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling?*
   a. Voor het leveren van kwalitatief goede verpleegkundige zorg is de medisch specialist verantwoordelijk voor de medische component en de verpleegkundige voor de verpleegkundige component.
   b. Voor het samenwerken zijn medisch specialisten en verpleegkundigen beide verantwoordelijk.
4. *Wat zijn de relevante minimumnormen voor ziekenhuizen?*
   Op dit moment zijn er geen verpleegkundige minimumnormen.
5. *Welke informatie is beschikbaar?*
   a. Structuur:
      - Beschikbaarheid/toegang wondexpertisecentrum
      - Screening ondervoeding kinderen kliniek en polikliniek
      - Screening op en observatie van delirium
      - Deliriumbeleid klinische patiënten
      - Niveau-indeling intensive care

b Proces:
   - Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texas-classificatie
   - Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) deelname en aanlevering
   - Surveillance van ziekenhuisinfecties
   - Verbeteracties op basis van Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR)

c Uitkomst:
   - Percentage pijnmeting bij postoperatieve patiënten op de verpleegafdeling
   - Percentage patiënten met een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie
   - Behandeling ondervoeding volwassenen en kinderen
   - Risico op delirium
   - Signalering kindermishandeling
   - Onverwacht lange opnameduur
   - HSMR

Samenwerken met het héle team

In *Het resultaat telt 2012* beschrijft de inspectie drie fasen van verpleegkundige zorg. Fase 1 omvat de ontwikkeling van infrastructuur (beleid, protocollen en de beschikbaarheid van personeel). Fase 2 gaat over het uitvoeren van screeningen. Fase 3 omvat het gericht bewaken van patiënten met een verhoogd risico. Een belangrijke voorwaarde om die laatste fase te kunnen realiseren is een goede samenwerking. Immers, het is niet alleen de verpleegafdeling die verpleegkundige zorg levert. Ondervoeding is daar een mooi voorbeeld van. Hierbij kunnen een verpleegkundige, een diëtist, een geriater en een chirurg betrokken zijn. De basisset vraagt naar het evalueren van het functioneren van medisch specialisten, wat eigenlijk maar een klein deel van de zorgverlening dekt. Informatie van verpleegkundigen betrekken in de 360 graden feedback is daarom belangrijk. Maar de echte stap voorwaarts is een aanpak die zich richt op het verbeteren van het hele team. De audits vanuit de kwaliteitsregistraties kunnen daaraan mogelijk bijdragen.

Bestuurlijke samenwerking tussen wetenschappelijke verenigingen en afdelingen van V&VN

Het is niet alleen noodzaak om op ziekenhuis- en individueel niveau samen te werken. Ook op koepel- en bestuurlijk niveau is dit belangrijk om kwalitatief goede (verpleegkundige) zorg te bieden aan de patiënt. Door samenwerking op dit niveau kunnen risicogebieden vanuit breder perspectief geïdentificeerd worden en kunnen kwaliteitsindicatoren bredere risico's dekken. De tijd van losse richtlijnen en indicatoren per beroepsgroep is voorbij.

Vanuit de inspectie is aan wetenschappelijke verenigingen en aan afdelingen van V&VN gevraagd een korte vragenlijst in te vullen over samenwerking op bestuurlijk niveau[37].
De volgende vragen zijn gesteld:

[37] Stageverslag M. Althuizen. How to collaborate effectively with V&VN in the basic set system? Juli, 2014.

1 Met welke verpleegkundige groepen of medisch specialisten werken u en uw collega's regelmatig samen op de werkvloer?
2 Met welke verpleegkundige verenigingen of wetenschappelijke verenigingen heeft u als vereniging bestuurlijke contacten dan wel samenwerkingsverbanden op het gebied van kwaliteit van zorg?

Uit de antwoorden bleek dat bestuurlijke samenwerking tussen wetenschappelijke verenigingen en afdelingen van V&VN op dit moment minimaal is. Vier van de zestien wetenschappelijke verenigingen die de vragenlijst retourneerden, gaven aan op bestuurlijk niveau samen te werken met een afdeling van V&VN. Vijf van de vijftien V&VN afdelingen die de vragenlijst retourneerden, gaven aan samen te werken met een wetenschappelijke vereniging[38].
Samenwerking op de werkvloer betekent dus niet dat er ook bestuurlijk wordt samengewerkt. Bovendien betekent bestuurlijke samenwerking niet altijd per definitie hetzelfde voor een vereniging. Het is daarom belangrijk dat een gemeenschappelijk doel wordt nagestreefd en dat de verschillende belangen van verenigingen ondergeschikt raken aan dit gemeenschappelijke doel.
De verenigingen en afdelingen hebben dit herkend als een ontwikkelpunt en hebben de intentie uitgesproken om meer op bestuurlijk niveau te gaan samenwerken.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond de verpleegkundige zorg?

Het ziekenhuis heeft bij meerdere verpleegkundige zorgindicatoren een opvallende uitslag
– Wat is het (integrale) verpleegkundige beleid voor kwetsbare ouderen?
– Hoe komt het verpleegkundige beleid tot stand?

In de ontwikkeling van instellingen in relatie tot het screenings- en bewakingsproces herkent de inspectie in het algemeen drie fasen: ontwikkelen van een infrastructuur, screening en bewaking/bijsturing. De onderstaande vragen hebben betrekking op de bewaking/screening in het ziekenhuis als geheel, niet slechts het verpleegkundig proces.

Fase 1

Het ziekenhuis is bij meerdere indicatoren nog in, of voor fase 1 van de ontwikkeling van de infrastructuur (beleid, protocollen, beschikbaarheid personeel)
– Wat is het beleid voor het opsporen van risicopatiënten?
– Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede basiszorg?
– Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis complicaties en opnameduur?

[38] De respons van de wetenschappelijke verenigingen was 67% (16/24); de respons van de V&VN afdelingen was 36% (15/42).

Fase 2

Het ziekenhuis is bij meerdere indicatoren nog niet verder dan fase 2 van het beleid (screening)

- Wat is het beleid voor het opsporen van risicopatiënten?
  - Met welk percentage gescreende patiënten is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede basiszorg?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis complicaties en opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding, delirium, decubitus en pijn?
- Door wie aan wie en op welke wijze wordt die uitkomst gecommuniceerd?

Het percentage afdelingen waar wordt gescreend is bij meerdere indicatoren opvallend hoog

- Hoe verhouden de verschillende noemers zich tot de grootte van het ziekenhuis?
- Is het percentage daadwerkelijk gemeten?
  - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?
  - Zo nee: Waarop is de uitslag dan gebaseerd?

Fase 3

Het ziekenhuis is in staat gegevens van de screeningen systematisch te analyseren

- Leidt de geaggregeerde uitslag van de screening tot beleidsaanpassingen?

3.1 Wondzorg

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 3.1.

Indicatoren

- Wondexpertisecentrum.
- Diabetische voetwonden geclassificeerd volgens de Texas-classificatie.

Wat zijn de risico's

Kennis en ervaring ten aanzien van wondzorg is verspreid over meerdere (para)medische specialisaties. In de zorgketen is onderlinge communicatie over wondbehandeling gering. Wondbehandeling is daardoor versnipperd en veelal inefficiënt[39]. In snelle opvolging van zorgverleners worden verschillende therapieën met verscheidene doelstellingen ten aanzien van eenzelfde cliënt voorgeschreven. Dit kan leiden tot uitstel van de meest effectieve behandeling, of tot opname in een ziekenhuis of een verpleeghuis. De patiënt blijkt vaak langer dan nodig geconfronteerd te worden met zijn lijden aan een (chronische) wond, evenals de gerelateerde pijnklachten en de resulterende beperkingen in zijn dagelijkse leven.
Frequente consultatie, toezicht en begeleiding door gespecialiseerde verpleegkundigen, evenals een 'laagdrempeligheid' bij het voorkomen van een recidief, zijn factoren die patiënten en hun wondgenezing ten goede komen[40].
De patiënt heeft recht op goede wondzorg, waarbij een efficiënte aanpak dient te leiden tot een snelle wondgenezing, onafhankelijk van waar de patiënt zich bevindt. In navolging van Groot-Brittannië zien we ook in Nederland de opkomst van wondexpertisecentra met als kerntaken evidence based wondzorg, coördinatie in de keten en het verspreiden van expertise. Voor een goede behandeling van wonden is het belangrijk dat iedere regio beschikt over een wondexpertisecentrum met eenzelfde type organisatiestructuur.

Een concreet voorbeeld van patiënten die wondzorg behoeven zijn patiënten met een diabetische voetwond. Bij 3% van de patiënten met diabetes ontstaat een voetulcus. Meer dan 15% van deze patiënten heeft vroeg of laat te maken met een amputatie van (een deel van) de voet, onderbeen of bovenbeen[41,42]. Bij het ontstaan van een diabetische voetwond spelen vele factoren een rol. Inschatting van de mate van weefselperfusie is essentieel; bij ernstige ischemie zal genezing niet optreden, matige ischemie gaat gepaard met vertraagde wondgenezing en een slechtere prognose bij infectie. Een systematisch

[39] http://www.wcs.nl/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/V_VN_bestanden/Indicatorenset_WEC_2012.pdf WCS, Indicatorenset wondexpertise-centrum Nederland, V&VN wondconsulenten, sept 2012.
[40] Ruckley C.V. Evidence-based management of patients with leg ulcers. 1997 J Wound Care 6(9): 442–4.
[41] Muller IS, Grauw WJ de, Gerwen WH van, et al. Foot ulceration and lower limb amputation in type 2 diabetic patients in Dutch primary health care. Diabetes Care 2002;25:570-4.
[42] Houtum WH van, Rauwerda JA, Ruwaard D, et al. Reduction in diabetes-related lower-extremity amputations in The Netherlands: 1991-2000. Diabetes Care 2004;27:1042-6.

onderzoek is daarom belangrijk en dient als leidraad bij de behandeling. Eenduidige classificatie is een voorwaarde voor een succesvolle landelijke registratie en voor verder gebruik van indicatoren. Internationaal bestaan er verschillende classificatiesystemen. De Wagner- en Texas-classificatie zijn de meest bekende. Omdat de Texas-classificatie internationaal is gevalideerd, wordt in de basisset de Texas-classificatie als standaard gebruikt.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis beschikt niet over een wondexpertisecentrum en heeft hier geen toegang toe
- Welke afspraken zijn er in de regio voor het doorverwijzen van patiënten naar een wondexpertisecentrum?
- Hoe functioneert het pijnbeleid op afdelingen waar wondzorg wordt aangeboden?

Het ziekenhuis maakt geen gebruik van het Texas-classificatiesysteem voor het classificeren van diabetische voetwonden
- Welke systeem gebruikt uw ziekenhuis voor het classificeren van diabetische voetwonden?
- Welke richtlijnen worden gevolgd voor het opstellen van het beleid rond wondzorg?
- Doet uw ziekenhuis aan benchmarking? Hoe scoort uw ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen?

Resultaten

Wondzorg is een nieuw onderwerp in de set van 2013. 93 ziekenhuizen hebben de indicator over het wondexpertisecentrum ingevuld. Hiervan gaven 80 ziekenhuizen aan te beschikken over een wondexpertisecentrum dat voldoet aan de daarvoor gestelde eisen[43].
13 ziekenhuizen beschikten niet over een wondexpertisecentrum. In de toelichting gaven al deze ziekenhuizen hiervoor een verklaring: de wondzorg werd uitbesteed, het wond-expertisecentrum was nog in oprichting of voldeed nog niet aan de daarvoor gestelde eisen.

Figuur 3.1.1

Beschikbaarheid wondexpertisecentrum (n=93)



De volgende indicator betreft de behandeling van diabetische voetwonden. 91 ziekenhuizen gaven aan diabetische voetwonden te behandelen, 2 ziekenhuizen deden dat in 2013 niet.

[43] Voor eisen zie: IGZ, Kwaliteitsindicatoren Basisset ziekenhuizen 2013. Zie p.40.

79 ziekenhuizen registreerden het aantal patiënten met diabetische voetwonden, 10 ziekenhuizen deden dit niet. Van de ziekenhuizen die registreerden, gaven 61 ziekenhuizen aan diabetische voetwonden volgens de Texas-classificatie te registreren. 18 ziekenhuizen gebruikten andere systemen, waaronder eigen registraties, SIMMS, PEDIS, TIME en Wagner. 12 ziekenhuizen behandelden in 2013 wel diabetische voetwonden, maar gaven geen antwoord op de vraag welk classificatiesysteem zij hiervoor gebruikten en gaven hiervoor geen verklaring.

Figuur 3.1.2

Gebruik Texas-classificatiesysteem voor het classificeren van diabetische voetwonden (n=79)

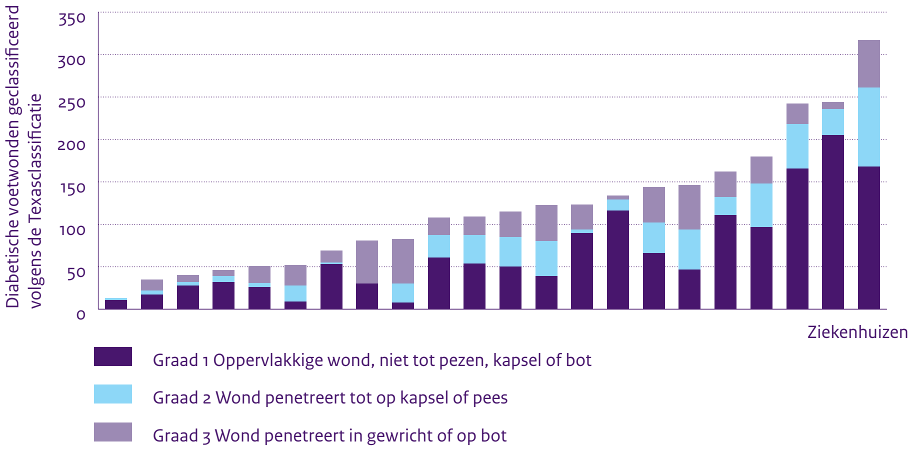


Het laatste deel van de indicator is voor verslagjaar 2013 facultatief uitgevraagd en toont de uitkomsten van de Texas-classificatie. In 2013 hebben 22 ziekenhuizen de indicator ingevuld. In Texas graad 1 zijn gemiddeld 67 (8- 205) patiënten per ziekenhuis geclassificeerd, in graad 2 gemiddeld 25 (0-93) en in graad 3 gemiddeld 27 (0-56) patiënten[44]. Gemiddeld werd 56,6% van de patiënten graad 1 geclassificeerd, 21,1% graad 2 en 22,3% graad 3.
In figuur 3.1.3 is te zien dat deze verhoudingen tussen de ziekenhuizen nogal uiteen lopen. Zo lijkt het Elkerliek Ziekenhuis (Helmond en Deurne) vooral patiënten te behandelen met een graad 3, waar Streekziekenhuis Koningin Beatrix (Winterswijk) veel patiënten behandelt met graad 1.

[44] Het Texas-classificatiesysteem classificeert de ernst van een wond:
- Graad 1 Oppervlakkige wond, zonder pees of kapsel aantasting
- Graad 2 Wond penetreert met pees of kapsel-aantasting
- Graad 3 Wond penetreert met bot of gewrichtsaantasting

Figuur 3.1.3

Diabetische voetwonden geclassificeerd op graad volgens de Texas-classificatie (n=22)



Ook wilde de inspectie weten of bij de behandeling van patiënten met een diabetische voetwond het wondexpertisecentrum werd ingeschakeld. 53 ziekenhuizen gaven aan het wondexpertisecentrum in te schakelen bij de behandeling van patiënten met een diabetische voetwond, 7 ziekenhuizen deden dat niet.

Figuur 3.1.4

Inschakelen wondexpertisecentrum bij behandeling van diabetische voet (n=60)



Aandachtspunten voor de wondzorg en de daarbij horende indicatoren

Eenheid van beleid

Het is inmiddels goed gebruik om – waar mogelijk – indicatoren te gebruiken die ontwikkeld zijn door organisaties van professionals (lees: artsen en verpleegkundigen). Dat is eenvoudig als het een onderwerp betreft waar één beroepsgroep verantwoordelijk voor is. De indicatoren voor de registratie van de chirurgische kwaliteit bij slokdarm-carcinoom bijvoorbeeld waren binnen korte tijd afgestemd en klaar om ingevoerd te worden, ook als ze grote gevolgen hadden voor de beroepsgroep en de ziekenhuizen. Moeilijker zijn indicatoren die gaan over de coördinatie van complexe processen, waarbij vele beroepsgroepen betrokken zijn. Het lukt dan uiteindelijk alleen omdat alle partijen verenigd zijn in een gemeenschappelijke visie op patiëntenzorg. Zeer complex wordt het op het moment dat één beroepsgroep verdeeld is in elkaar beconcurrerende verenigingen en groepen, alle overtuigd van de eigen visie op patiëntenzorg. Dit maakt de ontwikkeling van een indicator moeilijk, hoewel dat voor een toezichthouder geen probleem hoeft te zijn. Sterker nog, het feit dat een beroepsgroep verdeeld is en moeilijk tot overeenstemming komt, vormt op zichzelf een risico-indicator. Conflicten vormen een risico voor patiënt-veiligheid en zijn dus een indicatie voor risicogestuurd toezicht.

In het geval van wondzorg doet zich dit probleem van een verdeelde beroepsgroep inderdaad voor. Om goed te kunnen evalueren is het nodig één classificatiesysteem te gebruiken. Beroepsgroep V&VN *wound care society* heeft daarom gekozen voor de Texas-classificatie. Al snel bleek dat een vocale minderheid van de beroepsgroep het hier niet mee eens was en voorkeur had voor een andere classificatie. Dit meningsverschil duikt nog steeds regelmatig op, ook al gebruikt het merendeel van de ziekenhuizen de Texas-classificatie. Inmiddels weten we dat het ongeveer vijf jaar duurt om een uniforme classificatie in te voeren, vanaf het eerste voorstel tot aan volledige invoer. Dit vraagt ook een vaste hand en visie van het bestuur van een professionele organisatie.

Verschillende richtlijnen voor verschillende beroepsgroepen

Zoals bekend worden er op het gebied van wondzorg verschillende classificaties gebruikt door verschillende beroepsgroepen voor verschillende doelen. Een daarvan is SIMMS, een classificatie die bedoeld is om het risico op ulcera (zweren) te voorspellen. Deze classificatie kan prima naast de verpleegkundige classificatie gebruikt worden. Het probleem is groter voor de classificatie van ulcera die in de richtlijn van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) staat. Weliswaar is daar geen internationale basis voor en is de classificatie in de richtlijn zeer beperkt uitgewerkt, maar overeenstemming over de keuze van classificatie was wenselijk geweest voordat de twee beroepsgroepen tot de keuze voor een systeem waren gekomen[45].

---

[45] http://www.wcs.nl/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/richtlijnen/Richtlijn_Diabetische_Voet_2007.pdf

Verschillen tussen ziekenhuizen vragen verklaring

Bij een facultatieve indicator is het interessant te kijken naar de ziekenhuizen die in staat zijn het systeem op tijd in te richten en gegevens aan te leveren. Ziekenhuizen kunnen leren van deze indicator door te kijken naar het behandelperspectief bij diabetische voetwonden. Uit de vragen en toelichtingen die de inspectie ontvangen heeft, blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over het moment van classificatie. Dit moment betreft de eerste meting bij de patiënt als deze zich in het ziekenhuis meldt. Dit is meteen ook het moment waarvan het meest geleerd kan worden. Als met gebruikmaking van de Texas-classificatie de ingangswaarde van de wondgraad bepaald wordt, kan gekeken worden of een behandeling aanslaat door op een later tijdstip nogmaals te meten.

Opvallend zijn de verhoudingen tussen de ziekenhuizen in Texas-classificatie. Een aantal ziekenhuizen lijkt voornamelijk patiënten te behandelen met Texas graad 3, waar anderen vrijwel alleen graad 1 behandelen. Dit kan diverse oorzaken hebben, enerzijds kan er sprake zijn van concentratie. Mogelijk bestaan er samenwerkingsafspraken in de regio waardoor bepaalde patiënten verwezen worden naar een beperkt aantal gespecialiseerde centra.

Een andere reden kunnen populatieverschillen tussen de ziekenhuizen zijn. Op dit moment lijkt de grootte van de ziekenhuizen de verschillen niet te verklaren. De inspectie moet bekijken hoe de indicator gebruikt kan gaan worden als deze het facultatieve karakter verliest. Net als bij andere nieuwe indicatoren geven de uitkomsten de eerste jaren inzicht in de lokale verschillen in beleid. Hierna vindt standaardisering plaats waardoor de spreiding tussen de ziekenhuizen afneemt. De beroepsgroep zal moeten nadenken in welke richting dit standaardiserende effect zou moeten gaan.

3.2 Ondervoeding

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, paragraaf 3.2.

Indicatoren

- Screening op ondervoeding bij in de kliniek opgenomen kinderen.
- Screening op ondervoeding op de polikliniek.
- Behandeling van ondervoeding.

Wat zijn de risico's

Veel ziektebeelden gaan gepaard met een slechter wordende voedingstoestand, maar ook bij oudere patiënten en chronisch zieken komt matige of ernstige ondervoeding voor. Het voorkomen of behandelen van ondervoeding draagt bij aan een sneller herstel na een operatie, of aan het beter doorstaan van een intensieve behandeling, bijvoorbeeld tegen kanker. Het is daarom soms nodig wanneer een patiënt een slechte voedingstoestand heeft een behandeling uit te stellen. Tijdige behandeling van (dreigende) ondervoeding in het ziekenhuis leidt tot verbetering van voedingsinname, stabilisatie van het gewicht en eventueel gewichtstoename. Daarnaast kan het leiden tot een verbetering van de voedingstoestand en functionele uitkomstparameters, zoals spierkracht en kwaliteit van leven (fysiek, emotioneel en mentaal) en vermindering van het aantal complicaties, opnameduur en mortaliteit. Bij kinderen kan ondervoeding op korte termijn leiden tot een verlengde opnameduur en een verhoogde kans op complicaties. Op lange termijn kan dit leiden tot een vermindering van het IQ en een kortere definitieve lichaamslengte.

De eerste indicator richt zich op de screening op ondervoeding. Ondervoeding valt niet altijd direct op. Het screenen op ondervoeding bij opname is om die reden van belang voor de kwaliteit van de behandeling. Ook is screening belangrijk om problemen te vinden bij een homogene groep patiënten, waarbij de kans op ondervoeding relatief laag is. Bijvoorbeeld bij ouderen op de rand van de kwetsbare periode, deze ouderen zouden zonder screening worden gemist. Ondanks dat er in afgelopen jaren veel aandacht is besteed aan ondervoeding, loopt de prevalentie bij ziekenhuisopname nauwelijks terug. Een reden hiervoor is dat het ondervoedingsprobleem al ontstaat voor de opname. Daarnaast neemt de opnameduur in ziekenhuizen af, waardoor er tijdens de opname steeds minder tijd is voor de behandeling van ondervoeding. Verschuiving van ondervoedingszorg van de kliniek naar de polikliniek lijkt daarom een logische stap. Om die reden heeft de inspectie besloten de indicator ondervoeding uit te bereiden met een indicator 'screening op ondervoeding in de polikliniek'. In de toekomst is de bedoeling de indicator uit te breiden naar andere poliklinische hoog-risicoafdelingen[46].

---

[46] Langius J, Leistra E, van Bokhorst M, Kruizinga H. Screenen van ondervoeding op de polikliniek noodzaak. Ned Tijdschr voor Voeding & Dietetiek | 2013;68(1).

De derde indicator inventariseert bij ondervoede patiënten welk percentage van de vastgestelde eiwitbehoefte op de vierde opnamedag wordt gehaald. Voor het behandelen van ondervoede patiënten is natuurlijk eerst een goede screening (op het risico) op ondervoeding nodig.

De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van de infrastructuur voor de opsporing van ondervoeding en vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van screenen van patiënten om de omvang van het probleem te inventariseren. De derde fase betreft het systematisch behandelen van ondervoeding. Deze verdeling in fasen wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Fase 1 (ontwikkelen van infrastructuur) of fase 2 (screening)

Het percentage patiënten (patiënten op de polikliniek en/of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is relatief laag (voor 2013: op de polikliniek minder dan 48,1%, kinderen minder dan 45,1%) of de screening is afwezig (het ziekenhuis is in fase 1)

- Wat is het beleid voor het screenen van patiënten met risicofactoren?
  - Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
  - Wat zijn de risicogroepen waar het ziekenhuis aandacht aan wil besteden en waar blijkt dat uit?
- Wat zijn de criteria voor het invoeren van een screening?
  - Op ondervoeding?
  - Op het risico op delirium?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Op welke wijze wordt een patiënt geholpen bij het voorbereiden van de ingreep (zie aandachtspunt 2)?

Het percentage patiënten (patiënten op de polikliniek en/of kinderen) dat is gescreend op ondervoeding is relatief hoog (voor 2013: op de polikliniek gelijk aan 100%, kinderen meer dan 96,4%)

- Is het totaal opgegeven aantal patiënten in de noemer in verhouding met de grootte van het ziekenhuis?
  - Zo nee: Hoe is het percentage daadwerkelijk gemeten? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
  - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van screeningsgegevens voor het gericht bewaken van patiënten met een verhoogd risico)

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld, is relatief laag (voor 2013: volwassenen minder dan 29%, kinderen eiwit minder dan 34,2%, energie minder dan 20,2%) of onbekend

- Waarom screent het ziekenhuis?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Wat is het beleid voor het verzorgen van patiënten op de afdeling?
- Wat zijn de criteria voor het inschakelen van een diëtiste?
- Hoe zijn de percentages over de afdelingen verdeeld?
- Wat is het beleid voor het ontslaan van patiënten met (nog steeds) actieve zorgproblemen?
- Op welke wijze organiseert het ziekenhuis feedback en audits?

Het percentage patiënten (volwassenen en/of kinderen) met ernstige ondervoeding dat adequaat is behandeld is relatief hoog (voor 2013: volwassenen meer dan 75%, kinderen gelijk aan 100%)

- Is het totaal aantal patiënten in de noemer in verhouding met het aantal ondervoede patiënten in het ziekenhuis?
  - Zo nee: Hoe is de selectie gemaakt? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
  - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

Resultaten

De indicator Screening op ondervoeding bij kinderen is door 90 ziekenhuizen ingevuld, de overige ziekenhuizen behandelden geen kinderen. 69 ziekenhuizen maakten voor de screening gebruik van het instrument STRONG-kids.

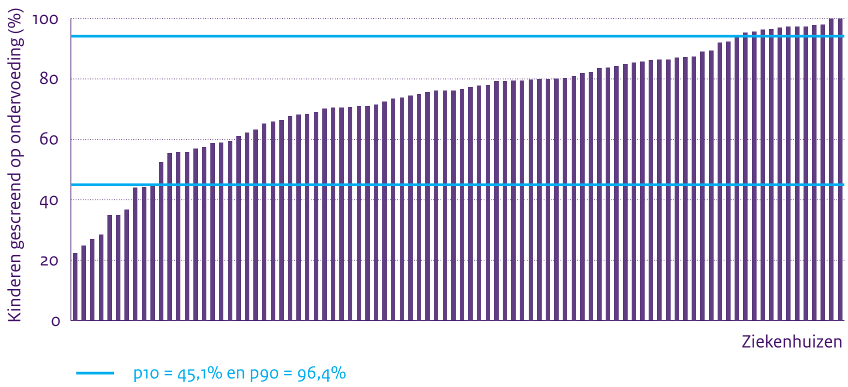
Figuur 3.2.1

Screeningsmethode bij kinderen (n=91)



Figuur 3.2.2

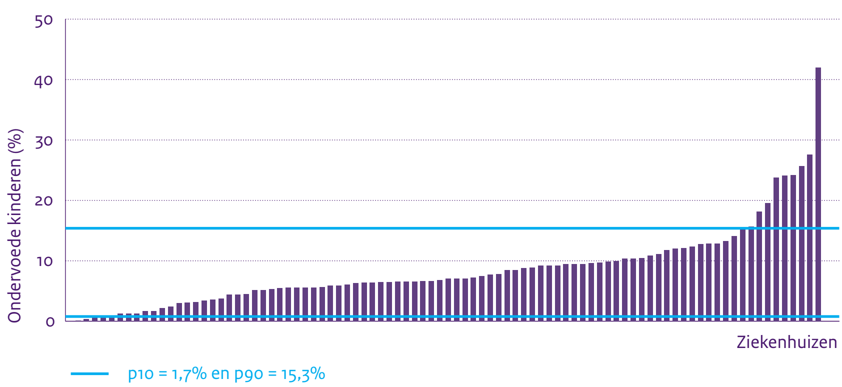
Percentage kinderen gescreend op ondervoeding (n=90)



In 2013 zijn gemiddeld 73,4% van de kinderen opgenomen in de kliniek gescreend op ondervoeding. Dit is een stijging van 4,3% ten opzichte van 2012 (69,1%). De verschillen in percentages tussen de ziekenhuizen waren groot: er was een spreiding van 22,4% tot 100%. 2 ziekenhuizen gaven aan alle opgenomen kinderen op ondervoeding gescreend te hebben. Het Martini ziekenhuis (Groningen), Slotervaart ziekenhuis (Amsterdam) en De Tjongerschans (Heerenveen) screenden kinderen het minst (<27%) op ondervoeding en gaven hiervoor geen verklaring. Voor het aanleveren van de data gebruikten 18 ziekenhuizen een steekproef.

Figuur 3.2.3

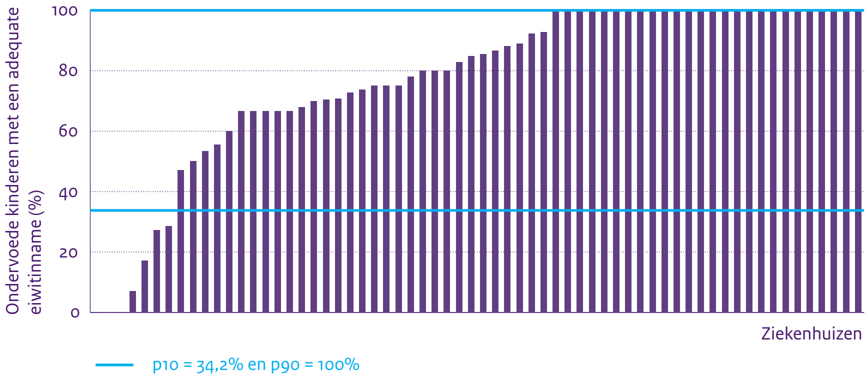
Percentage ondervoede kinderen (n=90)



Gemiddeld was in 2013 8,6% van de gescreende kinderen (acuut) ondervoed (in 2012 was dat 8,7%). Dit percentage lijkt zich na de daling van de afgelopen jaren nu te stabiliseren. Het Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk) geeft aan geen ondervoede patiënten opgespoord te hebben. Een uitschieter was het Diaconessenhuis (Leiden), waar 42% van de gescreende kinderen geclassificeerd werd als ondervoed. Dit ziekenhuis maakte daarbij gebruik van een steekproef, waardoor er sprake lijkt te zijn van een selectie.

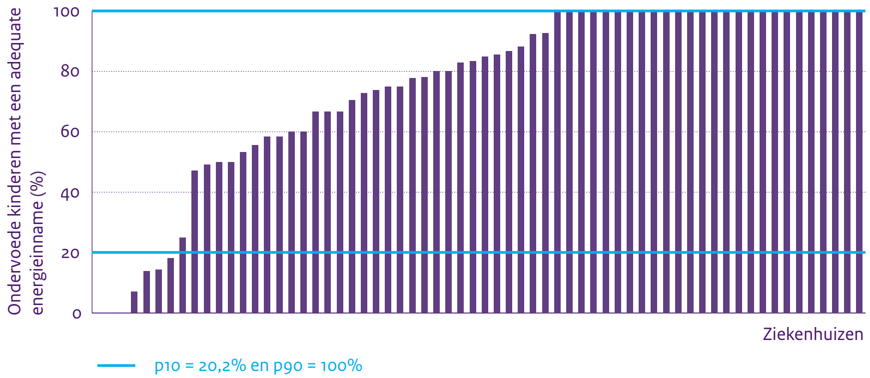
Figuur 3.2.4

Percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitopname op dag 4 van de opname (n=64)



Figuur 3.2.5

Percentage ondervoede kinderen met een adequate energieopname op dag 4 van de opname (n=64)



De volgende indicator geeft de resultaten weer van de behandeling van ondervoede kinderen. 78 ziekenhuizen leverden gegevens aan. 14 ziekenhuizen gaven aan het percentage niet te kunnen berekenen, omdat er geen kinderen met ondervoeding langer dan 4 dagen opgenomen waren. 28 ziekenhuizen gebruikten een continue meting om de eiwit- en energie-inname van kinderen te registreren. Het percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwit- en energie-inname op opnamedag 4 loopt uiteen van 0% tot en met 100%. Dit komt door de soms lage aantallen kinderen die geïncludeerd kunnen worden in de indicator, gemiddeld 11 per ziekenhuis. Dat maakt het moeilijk de data goed te interpreteren. Desondanks steeg het percentage ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname op opnamedag 4 van gemiddeld 66,8% in 2012 naar 77,3% in 2013.

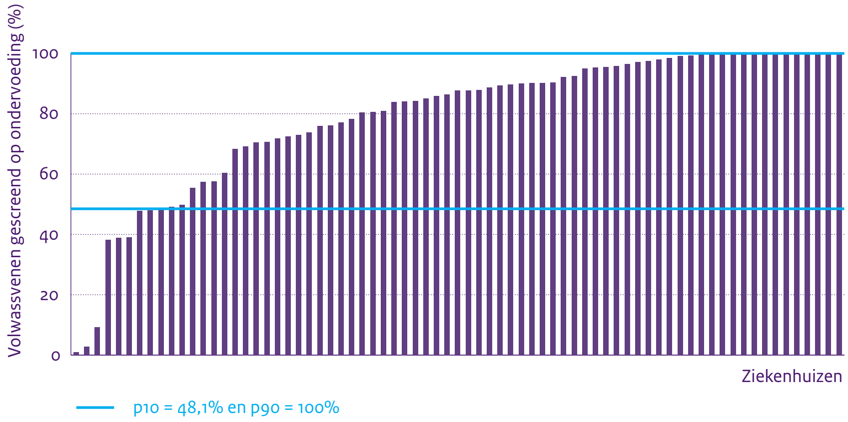
Tabel 3.2.1

Kengetallen ondervoeding

	Gemiddelde (%) (min-max)	Mediaan (%)	Ziekenhuizen met 100% (n)	Steekproef (n)
Percentage kinderen gescreend op ondervoeding	73,4 (22,4- 100)	76,4	2	18
Percentage volwassenen gescreend op ondervoeding op de polikliniek preoperatief anesthesiologisch onderzoek	79,1 (0,9-100)	87,7	11	-
Percentage kinderen geclassificeerd als ondervoed	8,6 (0-42)	7	-	18
Percentage volwassenen op de polikliniek geclassificeerd als ondervoed	4,6 (0-24)	3,5	-	-
Ondervoede kinderen met een adequate eiwitinname	77,3 (0-100)	85,2	26	49
Ondervoede kinderen met een adequate energie-inname	75 (0-100)	84,1	26	49
Ondervoede volwassenen met een adequate eiwitinname	51,4 (0-100)	50,4	1	-

Figuur 3.2.6

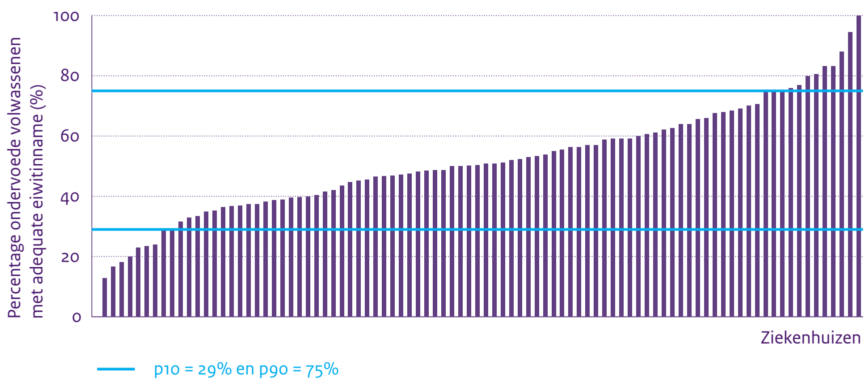
Percentage volwassenen gescreend op ondervoeding (n=73)



De indicator Screening op ondervoeding op de polikliniek is nieuw. Het is de opvolger van de indicator Screening op ondervoeding bij volwassenen die tot verslagjaar 2012 werd uitgevraagd. 73 ziekenhuizen vulden de indicator in. 68 van hen gebruikten een screeningsinstrument uit de richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding. Het percentage patiënten dat op ondervoeding gescreend werd, is gemiddeld 79,1%. In 2013 waren er 14 ziekenhuizen die aangaven nog niet structureel op deze indicator te screenen. 8 ziekenhuizen gaven aan dat zij wel screenden, maar de data nog niet digitaal konden aanleveren. Uitschieters waren het Slotervaart ziekenhuis (Amsterdam) en het Medisch Centrum Alkmaar (Alkmaar): zij gaven aan respectievelijk slechts 2,8% en 0,9% van de patiënten op de polikliniek te screenen. Niet alleen screende het Medisch Centrum Alkmaar het laagste percentage patiënten, ook behoren zij in 2013 bij de ziekenhuizen met het hoogste percentage ondervoede patiënten (21,8%). Van de 73 ziekenhuizen die de indicator invulden, waren 2 ziekenhuizen niet in staat het percentage ondervoede patiënten aan te leveren. Gemiddeld is 4,1% van de gescreende patiënten geclassificeerd ondervoed.

Figuur 3.2.7

Percentage ondervoede volwassenen met een adequate eiwitinname op dag 4 van de opname (n=91)



Het percentage ondervoede volwassenen met een adequate eiwitinname op opnamedag 4 is licht gestegen: van 48% in 2012 naar 51,4% in 2013. De spreiding tussen de ziekenhuizen is enorm: het percentage varieert van 0% tot 100%. Daarnaast lijkt de behandeling bij kinderen effectiever te verlopen dan bij volwassenen, het gemiddelde percentage adequaat behandelde ondervoede kinderen ligt voor wat betreft de eiwitinname 25,9% hoger dan bij volwassenen.

Aandachtspunten voor de screening en behandeling van ondervoeding en de daarbij horende indicatoren

Op welke grond worden patiënten geselecteerd?

Ondervoeding betreft één van de oudste onderwerpen in de basisset. Mede door de jarenlange aandacht die de inspectie hieraan heeft besteed, is er veel veranderd in de ziekenhuizen. Met name patiënten met ondervoeding die niet direct opvallen, hebben veel baat bij een goede screening. Door de screening is de herkenning van ondervoeding sterk verbeterd: van 50% naar 80%[47].

Extra aandacht verdient de indicator gericht op kinderen. In 2013 werden er meer kinderen gescreend op ondervoeding. Echter, het percentage patiënten geclassificeerd als acuut ondervoed is gelijk gebleven. Dat roept bij de inspectie de vraag op welke selectie

[47] Kruizenga, H.M., et al., Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. Am J Clin Nutr, 2005. 82(5): p. 1082-9.

ziekenhuizen toepassen om te screenen. Immers, als ziekenhuizen begonnen waren met de screening van kinderen met een verhoogd risico op ondervoeding, zou het percentage gescreende en ondervoede kinderen moeten dalen nu de screening ook naar andere kinderen wordt uitgebreid. Een hypothese is dat ziekenhuizen begonnen met de screening per afdeling in plaats van de screening per risicogroep. Dat roept de vraag op of er nog meer screeningssystemen zijn waarbij niet de patiënt maar de organisatie centraal staat.

Preoperatieve voorbereiding is er ook voor de patiënt zelf

Met de invoering van de indicator screening op ondervoeding bij opname had de inspectie een duidelijk doel. Patiënten hebben na een operatieve ingreep op een gegeven ogenblik een grotere eiwitbehoefte. Tijdens die periode herstellen zij sneller als zij extra eiwit krijgen. De perioperatieve voedingstoestand is dan belangrijk. Ook het verbeteren van de voedingstoestand een paar dagen vóór de ingreep draagt bij aan een sneller herstel. Daarom is de screening op een preoperatieve polikliniek van belang. Uit onderzoek blijkt dat het actief voorbereiden van een patiënt op een operatie in de zogenaamde 'wachttijd' de kans op een succesvolle operatie sterk vergroot[48,49]. Daarbij werd voornamelijk ingezet op fysiotherapie en leefstijladviezen. De tijd tussen indicatiestelling en operatie wordt daarmee voorbereidingstijd en niet langer wachttijd. Ook een paar weken gezonder leven maakt verschil. Dat geeft een totaal andere invulling aan het begrip patiëntparticipatie. Het niet invoeren van een screening zal dan ook een indicatie zijn voor het analyseren van het complete programma van operatieve voorbereiding.

[48] Joosten KF, Zwart H, Hop WC, Hulst JM. National malnutrition screening days in hospitalized children in the Netherlands. Arch Dis Child 2010;95(2):141-5.

[49] Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF. Dutch national survey to test STRONG(kids) nutritional risk screening tool in hospitalized children. Clin Nutr 2009 Aug 12.

3.3 Delirium

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 3.3.

Indicatoren

- Deliriumbeleid bij klinische patiënten.
- Risico op delirium.
- Screening op en observatie van delirium.

Wat zijn de risico's

Delirium (plotseling optredende ernstige verwardheid) komt in ziekenhuizen vooral bij kwetsbare, oudere patiënten regelmatig voor. Tijdens een (acute) ziekenhuisopname ontstaat bij 10% tot 40% van de oudere, chirurgische patiënten een delirium. Op een intensive care krijgt tussen de 50% tot 80% van alle opgenomen patiënten een delirium[50]. Delirium wordt gezien als een voorspeller van een langere opnameduur, een hogere mortaliteit tijdens en na een opname in een ziekenhuis en aanzienlijk hogere kosten[51,52]. Deze indicator kan worden gezien als een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.
Een delirium wordt vaak niet tijdig herkend. Door een risicogericht beleid en een vroegtijdige herkenning zijn de gevolgen van delirium voor de patiënt te beperken en is de incidentie met een derde te verminderen[53]. De samenhang met andere indicatoren zoals pijn op de verpleegafdeling en ondervoeding, geeft de inspectie een indicatie op welke wijze een ziekenhuis de verpleegkundige zorg integraal inricht en bewaakt.
De indicatorvragen richten zich op verschillende fasen van de inrichting van het zorgproces: van de aanwezigheid van beleid tot het daadwerkelijk actief bewaken van een patiënt met een hoog risico op delirium. Deze fasen bestaan als eerste uit de beschikbaarheid van een infrastructuur (protocol ziekenhuisbreed en IC, personeel beschikbaar), vervolgens (tweede fase) het daadwerkelijk uitvoeren van screeningen van patiënten (aantal afdelingen, hoeveel patiënten, etc.). De derde fase richt zich op het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing en bewaking van de patiënt. De vierde fase (nog geen indicatorvraag in de basisset) is het toepassen van de screening voor adequate preventie van delirium. Hierdoor ontstaat inzicht in de mate waarin ziekenhuizen grip hebben op de problematiek rondom delirium. Deze verdeling in fasen wordt ook hieronder bij de vragen toegepast.

[50] Miller RR, Ely EW. Delirium and cognitive dysfunction in the intensive care unit. Seminars In Respiratory And Critical Care Medicine 2006;27:210-20.
[51] Rooij de SE, Buurman BM, Korevaar JC, Van Munster BC, Schuurmans MJ, Laqaaij AM, et al. Co-morbidity in acutely hospitalised older patients as a risk factor for death in hospital or within 3 months after discharge. Ned. Tijdschr Geneesk. 2007 Sep 8;151(36):1987-93.
[52] Inouye SK, Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006 Mar 16;354(11):1157-65. Review. No abstract available. Erratum in: N Engl J Med. 2006 Apr 13;354(15):1655.
[53] Young J, Inouye, S. Delirium in older people BMJ. 2007 April 21; 334(7598): 842-846.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is nog in of voor fase 1 van de ontwikkeling van een deliriumbeleid (ontwikkelen infrastructuur)

Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol, geen multidisciplinair delirium protocol specifiek voor de IC en/of geen 24-uursbeschikbaarheid van gespecialiseerd personeel voor het managen van delirium (consultatie, behandeling en deskundigheidsbevordering)

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met delirium?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?

Het ziekenhuis is in fase 2 van het beleid (ontwikkelen screening)

Het ziekenhuis heeft geen gegevens aangeleverd over het aantal afdelingen waar de risicoscore op delirium is vastgelegd of het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is relatief laag (voor 2013: minder dan 59,4%)

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met delirium?
- Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Heeft het ziekenhuis een digitaal patiëntendossier waarin de risicoscore wordt genoteerd?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding en pijn?

Het percentage afdelingen waarbij de risicoscore op delirium is vastgelegd is relatief hoog (voor 2013: 100%)

- Is het totaal aantal afdelingen/patiënten in de noemer in verhouding tot de grootte van het ziekenhuis?
  - Zo nee: Hoe is het percentage daadwerkelijk gemeten? Het ziekenhuis wordt verder opgevat als een ziekenhuis dat laag scoort.
  - Zo ja: Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van screeningsgegevens voor het gericht bewaken van patiënten met een verhoogd risico)

Het percentage patiënten dat met instrumenten zoals de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM) is geobserveerd op delirium is relatief laag (voor 2013: minder dan 4,3%)

- Wat is het beleid voor het opsporen van patiënten met delirium?
- Wat is het beleid voor het volgen van een patiënt met verhoogd risico op delirium of met de diagnose delirium?
- Heeft het ziekenhuis een digitaal patiëntendossier waarin de risicoscore en de observatie wordt genoteerd?
- Met welk resultaat is het ziekenhuis tevreden en waarom?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een goede zorg voor kwetsbare ouderen?
- Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de postoperatieve opnameduur?
- Wat is de uitslag van de screening op ondervoeding en pijn?

Het percentage patiënten dat met instrumenten zoals de Delirium Observatie Screenings Schaal (DOSS) of de Confusion Assessment Method (CAM) is geobserveerd op delirium is relatief hoog en daadwerkelijk gemeten (voor 2013: meer dan 95,3%)

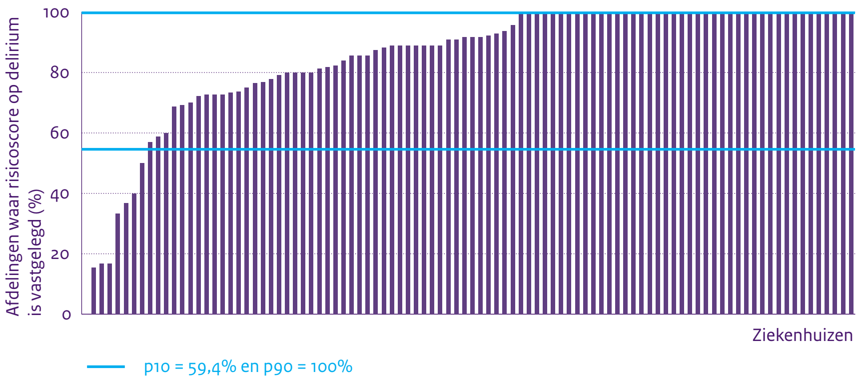
- Worden patiënten met een verhoogd risico op delirium structureel geobserveerd op de aanwezigheid van een delirium (de uitslag op deze indicator is gebaseerd op 4 metingen)?
- Worden patiënten met een verhoogd risico op delirium vaker dan één keer geobserveerd op de aanwezigheid van een delirium?
- Heeft het ziekenhuis een digitaal patiëntendossier waarin de risicoscore en de observatie worden genoteerd?
- Op welke wijze houdt het ziekenhuis dit resultaat vast?
- Op welke wijze gebruikt het ziekenhuis de gegevens over het voorkomen van een delirium voor het inrichten van een preventiebeleid?
- Zijn er afdelingen waarbij de implementatie achterblijft?

Resultaten

96 ziekenhuizen vulden deze indicator in. Zij beschikten in 2013 allemaal over een ziekenhuisbreed multidisciplinair deliriumprotocol. 88 ziekenhuizen beschikten over een multidisciplinair deliriumprotocol specifiek voor de IC, 6 ziekenhuizen hadden geen IC. Het LangeLand Ziekenhuis (Zoetermeer) gaf aan dat het ziekenhuisbrede protocol ook van toepassing is op de IC. Het Scheper Ziekenhuis (Emmen) beschikte niet over een protocol specifiek voor de IC, maar gaf hiervoor geen verklaring.
92 van de 96 ziekenhuizen hadden 7x24 uur gespecialiseerd personeel beschikbaar voor consultatie en behandeling bij delirium. In 4 ziekenhuizen was dit niet het geval: Het Oogziekenhuis (Rotterdam), het Alexander Monro Ziekenhuis (Bilthoven), de Sint Maartenskliniek (Nijmegen) en het Ziekenhuis Bernhoven (Uden en Oss). Het Oogziekenhuis gaf hierbij aan geen patiënten met delirium te behandelen. Ziekenhuis Bernhoven gaf aan dat in de avond-, nacht- en weekenduren niet voortdurend gespecialiseerd personeel beschikbaar was.

Figuur 3.3.1

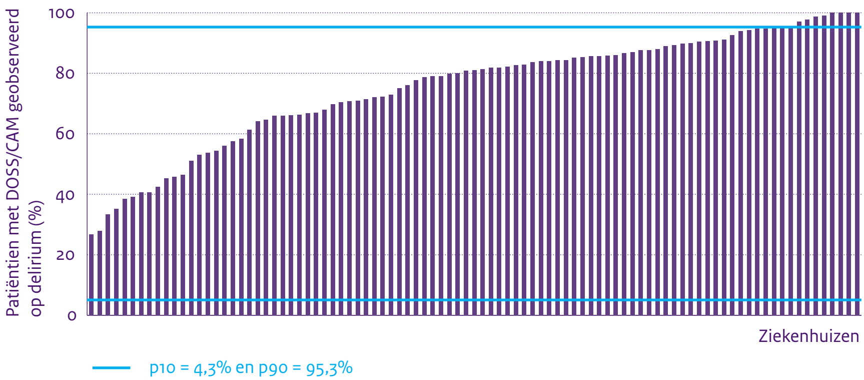
Percentage afdelingen waar een risicoscore op delirium is vastgelegd (n=96)



Bij 96 ziekenhuizen waren de afdelingen bekend waar bij opname structureel gescreend werd op het risico op delirium. Het gemiddelde percentage afdelingen waarbij structureel de risicoscore op delirium is vastgelegd was 84,9%, met een spreiding van 0% tot 100%. Dit is een toename van 10% ten opzichte van 2012. 42 ziekenhuizen gaven aan op alle afdelingen een risicoscore te hebben vastgelegd. Wat opvalt is het grote verschil in aantal afdelingen per ziekenhuis, dit loopt uiteen van 1 afdeling (Universitair Longcentrum Dekkerswald, Alexander Monro Ziekenhuis) tot 100 afdelingen (UMC Utrecht).

Figuur 3.3.2

Percentage patiënten met DOSS/CAM geobserveerd op delirium (n=93)



De volgende indicator betreft fase 3, waarbij gekeken werd naar de screening op delirium bij risicopatiënten. 93 ziekenhuizen leverden de gegevens voor deze indicator aan. Ziekenhuis Rivierenland (Tiel) en het Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse) vulden deze indicator niet in en gaven hiervoor geen verklaring. Het Oogziekenhuis (Rotterdam) gaf aan dat de indicator niet van toepassing was, omdat patiënten minder dan 4 dagen in het ziekenhuis verblijven. Dit is overigens geen exclusiecriterium. Gemiddeld werd bij 75,2% van de patiënten met een verhoogd risico op delirium, met DOSS of CAM tenminste éénmaal geobserveerd op de aanwezigheid van delirium. Dit is een flinke toename ten opzichte van 2012, toen het gemiddelde op 66,4% lag. 4 ziekenhuizen scoorden 100%.

Aandachtspunten voor delirium en de daarbij horende indicatoren

Leren balanceren

Het thema van *Het resultaat telt 2011* was het toezicht op de zorg voor de kwetsbare patiënt. Er werden indicatoren ontwikkeld die zich specifiek richtten op de coördinatie van de zorg voor risicogroepen, zoals kwetsbare ouderen. Het nadeel van een specifieke indicator is dat het sterk de nadruk legt op het invoeren van een bepaalde methode. In het geval van delirium hoeft een ziekenhuis alleen goed te screenen op het risico van een delirium en het probleem is zogezegd verdwenen, terwijl het beoogde doel een effectieve preventie of aanpak van het delirium is.
Het is belangrijk op te merken dat ook een screening een selectie is uit complexe problemen. De screeningsvragen gaan in op de hersenfunctie en zelfredzaamheid, maar direct al bij het gebruik van de resultaten wordt duidelijk dat er nog andere redenen kunnen zijn die het risico op delirium vergroten. Patiënten met een delirium hebben een verhoogde kans op overlijden en waarschijnlijk ook op complicaties. Voor een inspectie die het toezicht risicogestuurd inricht, is dit dus een complex, maar belangrijk gebied. De zorg voor kwetsbare ouderen is een moeilijk onderwerp voor een lerende organisatie: er zijn meerdere doelen, die vaak met elkaar in conflict zijn. Mobiliseren is bijvoorbeeld goed, maar kan tot vallen leiden. En toegenomen mogelijkheden van medicatie leiden weer tot complexe interacties en onbekendheid met de effecten op latere leeftijd. Samengevat: de zorg voor kwetsbare ouderen lijkt sterk op koorddansen: bijna onmogelijk als je het als buitenstaander bekijkt, risicovol bij onvoldoende ervaring, maar bij voldoende oefening goed te doen.
Op dit moment zijn er nog weinig goede kwaliteitsdatabases die evaluatie van deze zorg mogelijk maken. Dat komt vooral doordat deze databases vaak aandoeningsgericht zijn en dus niet breed ingezet kunnen worden. Privacyoverwegingen zullen het daarbij niet eenvoudiger maken om gegevens over een patiënt met meerdere aandoeningen aan elkaar te koppelen. Ziekenhuizen hebben nog een paar hordes te nemen in het leerproces om goede zorg te leveren voor kwetsbare ouderen.

Polyfarmacie bij ouderen

Eén van de redenen voor intensieve bewaking na de screening is medicatie. Veel medicatie heeft invloed op het brein. Dat kan direct zijn, maar ook indirect, bijvoorbeeld door het beïnvloeden van de doorbloeding. Dat maakt de combinatie van medicatie en delirium een interessant gegeven. Aan het onderwerp polyfarmacie, het gebruik van vijf of meer geneesmiddelen, gaat de inspectie in de toekomst daarom meer aandacht besteden.

Leren bewaken

De bewaking van hoogrisico patiënten is soms erg beperkt. Dat is een belangrijke reden om aan dit onderwerp als inspectie aandacht aan te besteden. Het ziekenhuis met het kleinste aantal (n=0) bewaakte patiënten is Het Oogziekenhuis (Rotterdam). Dat is voorstelbaar, maar de toelichting hierbij is opmerkelijk: patiënten verblijven minder dan vier dagen in het ziekenhuis. Daarbij worden patiënten wel gescreend op risico, maar bij hoogrisico niet bewaakt. Ook hier is het verschil goed te zien in de mate waarin ziekenhuizen zelf

problemen aanpakken. Het aantal patiënten waarover gegevens over de bewaking bekend zijn, verschilt weinig tussen het VieCuri Medisch Centrum (Venlo) (n=7, 86% bewaking) en het Waterlandziekenhuis (Purmerend) (n=15, 27% bewaking). Het VieCuri geeft zelf aan hierover niet tevreden te zijn en stelt zich ten doel dit aantal duidelijk te verhogen.
Het Waterlandziekenhuis geeft geen toelichting. Het kan zijn dat het plannen heeft, maar maakt dat niet bekend. Het VieCuri heeft in ieder geval geleerd dat het verstandig is om expliciet te zijn over de doelen die het ziekenhuis wil behalen. Ook dat is een belangrijk onderdeel van een lerende organisatie.

4 Intensive care

U vindt de omschrijving van de intensive care (IC) en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, hoofdstuk 4.

Indicatoren

- Niveau-indeling van de IC.
- Niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie bevestigd.
- Totaal aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling.
- Beademingsuren per patiënt op een IC-afdeling.
- NICE (Nationale Intensive Care Evaluatie) deelname en aanlevering.

Wat zijn de risico's

Patiënten die zijn opgenomen op een IC vormen een kwetsbare groep en hebben een grotere kans om te overlijden[54]. Zij worden opgenomen op de IC, omdat de vitale functies verstoord of ernstig bedreigd zijn. Vaak is beademing noodzakelijk. Een patiënt moet worden opgenomen op een IC-afdeling die past bij de zorgzwaarte en zorgbehoefte van de patiënt, met voldoende diensten en 24x7 beschikbaarheid van diagnostiek.
De IC is een multidisciplinaire en centrale afdeling binnen het ziekenhuis en kan een grote rol spelen bij kwaliteitsverbeteringen, doordat de afdeling relatief veel gegevens beschikbaar heeft over de uitkomsten van behandelingen. Door deze gegevens te bespreken kan een ziekenhuis de kwaliteit van zorg verbeteren. De IC krijgt een steeds grotere rol bij het herkennen en opvangen van vitaal bedreigde patiënten op afdelingen en bij de nazorg van ex-IC-patiënten.
Ook binnen de regionale samenwerking heeft de IC een belangrijke functie. Door de toenemende concentratie in de zorg is het bijvoorbeeld van belang dat het niveau van de IC-zorg aansluit bij het zorgaanbod van het ziekenhuis om zeker te zijn dat de juiste patiënt op de juiste plaats, in het juiste bed wordt behandeld. Dit betekent een intensieve samenwerking met andere ziekenhuizen en afspraken over transport.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

In het ziekenhuis heeft geen visitatie plaatsgevonden, de visitatie is langer dan 5 jaar geleden of het opgegeven niveau is bij visitatie niet bevestigd

- Op welke wijze toetst het ziekenhuis zich aan externe referenties?
- Wat is het beleid ten aanzien van het visiteren van (verpleeg)afdelingen?
- Welke rol vervult deze IC in de regio?

[54] Focus IC. Jaarboek 2013. Stichting NICE. Juni 2014.

Het aantal intensivisten is relatief klein (onder p10 van het betreffende IC-niveau. Voor 2013: minder dan 1,27 fte voor niveau 1, minder dan 4,0 fte voor niveau 2 of minder dan 6,5 fte voor niveau 3)

– Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de beschikbaarheid van kennis van intensive care geneeskunde?
– Wat is het beleid voor beschikbaarheid en aanwezigheid van specialisten in het algemeen en intensivisten in het bijzonder voor afdelingen waarbij beschikbaarheid 7x24 uur van belang is (IC, SEH, trombolyse etc.)?

De gemiddelde beademingsduur is relatief hoog (voor 2013: gemiddeld meer dan 143,8 uur bij niet postoperatieve patiënten, gemiddeld meer dan 122,2 uur bij postoperatieve patiënten, gemiddeld meer dan 30,8 uur bij cardiochirurgische patiënten)

– Welke grenzen hanteert het ziekenhuis voor electieve behandelingen die intensive care zorg vereisen? Heeft het ziekenhuis een zorgbeleidsplan?
– Welke afspraken heeft het ziekenhuis voor consultatie van een IC van een ander niveau (regionale samenwerking)?
– Hoe maakt het ziekenhuis dit proces toetsbaar?

Het percentage patiënten met een beademingsduur langer dan 120 uur is hoog (voor 2013: meer dan 36,2% bij niet postoperatieve patiënten, 29,3% bij postoperatieve patiënten, 5,2% bij cardiochirurgische patiënten)

– Wat is het beleid ten aanzien van de beheersing van de beademingsduur bij beademde patiënten? Welke afspraken heeft het ziekenhuis voor consultatie van een IC van een ander niveau (regionale samenwerking)?
– Weet het ziekenhuis wat de oorzaak is van de langdurige beademingen?

Het ziekenhuis beademt veel kinderen op de volwassen intensive care (voor 2013: meer dan 8 kinderen of gemiddeld meer dan 35,7 uur of totaal meer dan 149,1 beademingsuren per jaar)

– Welke indicaties heeft het ziekenhuis voor het uitvoeren van behandelingen waarbij kinderen (tijdelijk) beademd moeten worden?
– Welke andere complexe behandelingen voert het ziekenhuis uit bij kinderen?
– Hoe bewaakt het ziekenhuis de grenzen van de eigen mogelijkheden bij het behandelen van kinderen? Wanneer plaatst een ziekenhuis kinderen over naar een PICU (Pediatrische Intensive Care Unit, een IC-afdeling voor kinderen)?
– Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met welk ander ziekenhuis over beleid bij kinderen?

Resultaten

In 2013 hadden 2 ziekenhuizen geen IC-afdeling. Van de overige ziekenhuizen had het grootste deel een IC niveau 1 (n=40), 50 ziekenhuizen hadden een IC niveau 2 of 3. Van 4 IC's is het niveau bij de laatste visitatie niet bevestigd, van 5 IC's is dit niet bekend. De visitatie van 11 IC's was verouderd, met name die van de IC-afdelingen met niveau 1 (n=8).
Van de 90 ziekenhuizen met een IC gaven 30 aan dat zij een kwaliteitsvisitatie hebben gepland in 2014 of 2015. In 59 ziekenhuizen was de visitatie van de IC nog niet gepland en 1 ziekenhuis heeft geen antwoord gegeven.

Tabel 4.1

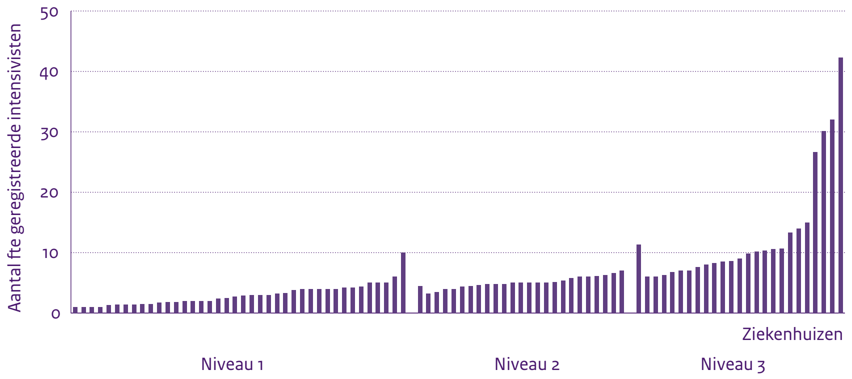
Niveau-indeling IC (n=92) en visitatie IC (n=90)

Niveau	Aantal	Bij laatste visitatie niveau niet bevestigd (geen antwoord)	Visitatie verouderd (voor 2009)	Geen visitatie
Geen IC	2			
Niveau 1 (basis)	40	2 (4)	8	3
Niveau 2	25	2 (1)	1	0
Niveau 3 (complexe patiënten)	25	0	2	0
Totaal	92	4 (5)	11	3

Ten opzichte van 2012 is er 1 ziekenhuis bijgekomen dat geen IC heeft, namelijk het Spijkenisse Medisch Centrum. Het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) heeft sinds oktober 2013 een IC niveau 2 in plaats van niveau 1.

Figuur 4.1

Aantal fte geregistreerde intensivisten beschikbaar per IC-niveau (n=90)



Op de IC-afdelingen met niveau 1 was gemiddeld 3 fte intensivist beschikbaar, op een niveau 2 IC was dat gemiddeld 5,1 fte en op een niveau 3 IC gemiddeld 13 fte. Alle ziekenhuizen met een niveau 2 of 3 IC hadden 7x24 uur een intensivist beschikbaar voor de IC. Het Atrium MC (Heerlen, Brunssum en Kerkrade) gaf geen antwoord op de vraag 'Bereikt u met deze formatie een 7x24 uurs exclusieve beschikbaarheid voor de IC?'.
Op 28 van de 40 niveau 1 IC's was de 24-uurs beschikbaarheid van een intensivist geborgd, deels via samenwerking met andere ziekenhuizen.

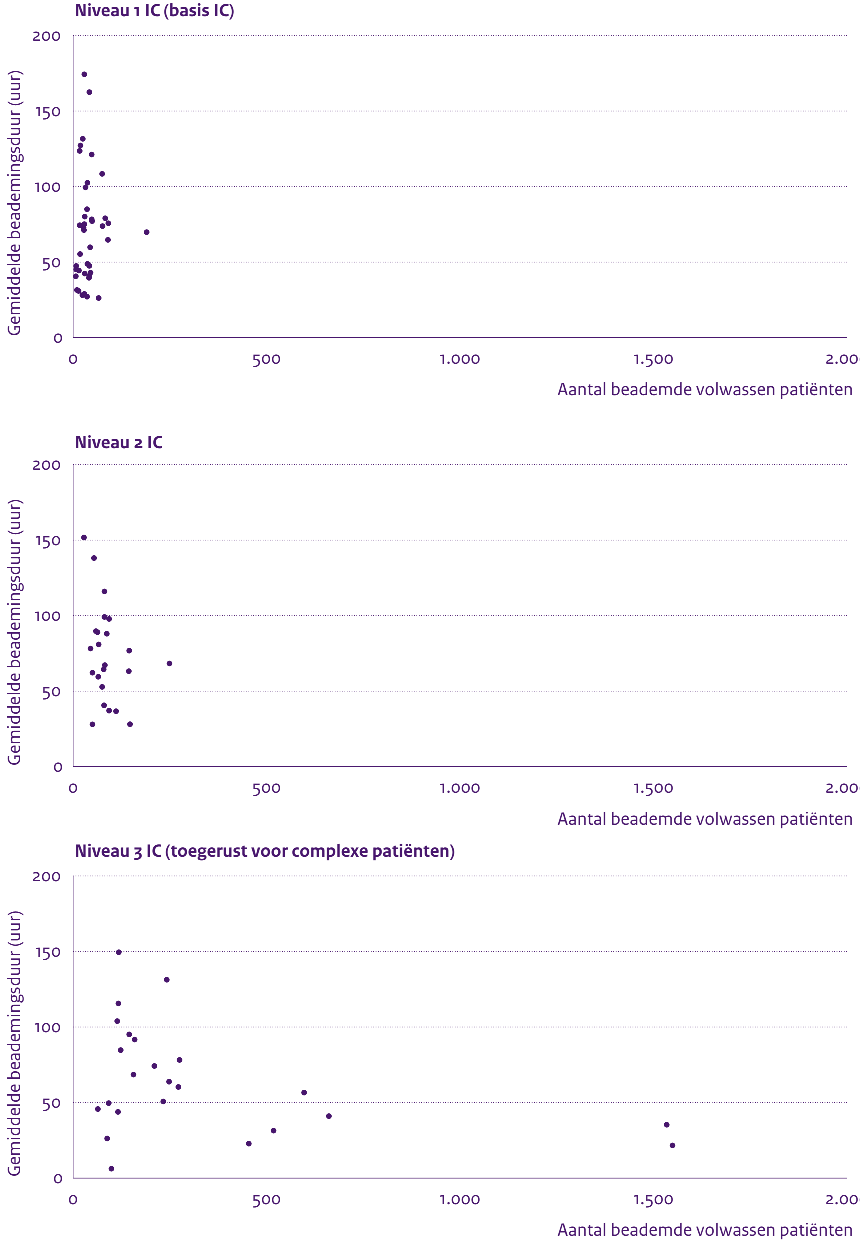
Het aantal fte intensivisten is ten opzichte van 2012 iets toegenomen voor de niveau 1 en 2 IC's, en licht afgenomen voor de niveau 3 IC's.

Het totaal aantal beademde patiënten in 2013 (inclusief cardiochirurgische patiënten) bedroeg 51.723. De gemiddelde beademingsduur was 86,4 uren (mediaan 87,6; 25,6-185,9). De beademingsduur op een niveau 3 IC was gemiddeld het kortst (zie tabel 4.2).
Het Wilhelmina ziekenhuis (Assen) had gemiddeld de langste beademingsduur (185,9 uren), maar gaf aan een discrepantie te hebben gevonden in de bronbestanden 2013 en gaat dit opnieuw analyseren.

Vergeleken met 2012 is het aantal beademde patiënten met circa 8% toegenomen (47.664 in 2012).

Figuur 4.2

Beademde volwassen patiënten en de gemiddelde beademingsduur, exclusief cardiochirurgische patiënten (niveau 1 IC n=40; niveau 2 IC n=23; niveau 3 IC n= 24)



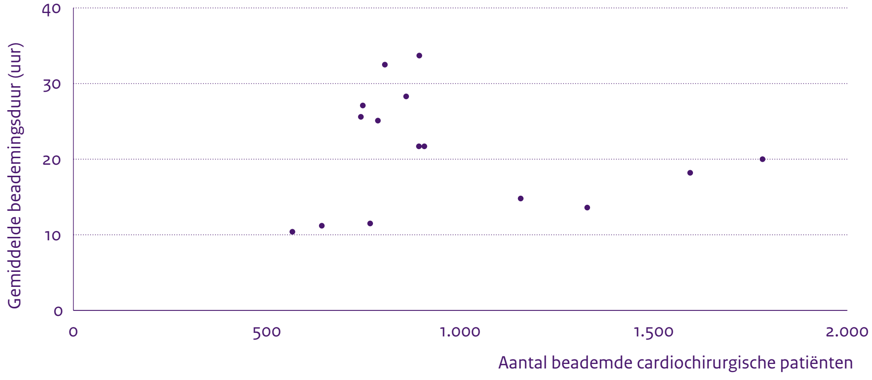
Tabel 4.2

Getallen IC 2013

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Fte intensivisten: gemiddeld (min-max)	3,0 (1,0-10,0)	5,1 (3,2-7,0)	13,0 (6,0-42,3)
Fte intensivisten: mediaan	2,8	5	9,8
Totaal aantal beademingsuren volwassenen per ziekenhuis: gemiddeld (min-max)	12.789,4 (1860-37558)	30.233,1 (10.208-63.072)	83.548,8 (42.306-173.567)
Totaal aantal beademingsuren volwassenen per ziekenhuis: mediaan	10.626,5	25.875,5	68.085,5
Totaal aantal volwassen patiënten per ziekenhuis: gemiddeld (min-max)	147 (39-415)	315 (118-688)	1452 (297-3464)
Totaal aantal volwassen patiënten: mediaan	125	296	1398
Gemiddelde beademingsduur in uren volwassenen: gemiddeld (min-max)	86,8 (33-187,5)	95,9 (39,6-143,1)	74,5 (26,6-158,8)

Figuur 4.3

IC en cardiologie (n=16)

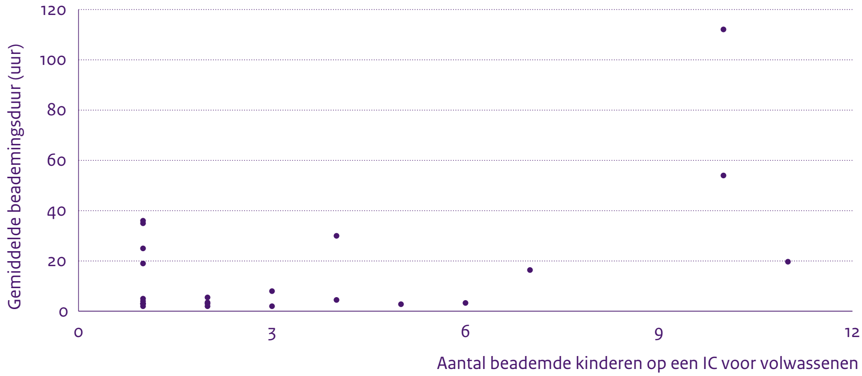


In 16 ziekenhuizen werd cardiochirurgie uitgevoerd. In totaal werden in 2013 14.471 cardiochirurgische patiënten beademd verdeeld over 15 ziekenhuizen. De Isala Klinieken (Zwolle) leverde geen gegevens aan over het aantal beademde patiënten en de beademingsduur. Het aantal patiënten varieerde van 566 tot 1781 patiënten per ziekenhuis.
De gemiddelde beademingsduur was 21 uur en varieerde van 10,4 uur tot 33,7 uur per ziekenhuis.

In totaal werden 709 patiënten langer dan 72 uur beademd. 440 patiënten werden langer dan 120 uur beademd, variërend van 1 tot 48 patiënten per ziekenhuis met een gemiddelde van 29 patiënten.
269 patiënten werden tussen de 72 en 120 uur beademd. Dit aantal varieerde van 2 tot 46 patiënten per ziekenhuis, met een gemiddelde van 17 patiënten.

Figuur 4.4

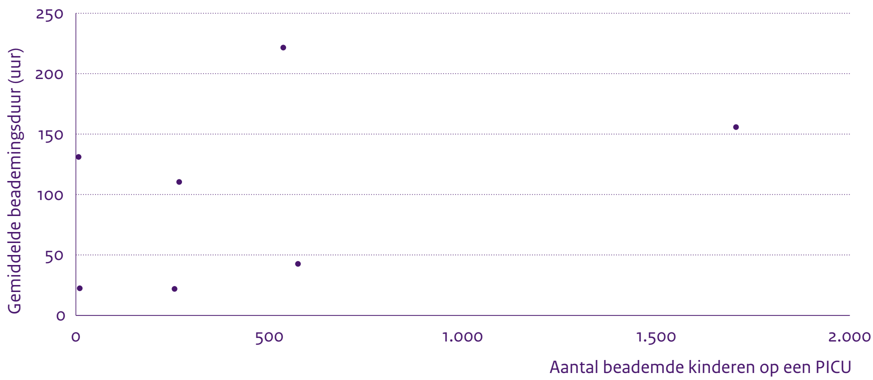
Kinderen op de IC voor volwassenen (n=24)



In 2013 hadden 8 ziekenhuizen wel en 84 ziekenhuizen geen Pediatrische Intensive Care Unit (PICU), een IC voor kinderen. In 24 ziekenhuizen zonder PICU werden kinderen beademd op de IC voor volwassenen. Gemiddeld ging het om 3 kinderen per ziekenhuis (mediaan 2). Het gemiddeld aantal beademingsuren was 16,7 uur per ziekenhuis. Alleen het St. Elisabeth Ziekenhuis (Tilburg) beademde kinderen gemiddeld langer dan 72 uur (van de 10 kinderen werden 5 langer dan 72 uur beademd).
Het gemiddelde aantal beademingsuren was in 2013 weer sterk afgenomen en vergelijkbaar met 2011.

Figuur 4.5

Kinderen op PICU (n=8)



Net als in 2012 waren er 8 ziekenhuizen met een PICU. In 7 van deze ziekenhuizen werden in totaal 3355 kinderen beademd op de PICU. Het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) leverde net als voorgaande jaren geen cijfers aan over het aantal beademde kinderen. Uit de toelichting van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) blijkt dat een deel van de kinderen ouder dan 10 jaar vanwege capaciteitsproblemen op de IC voor volwassenen is behandeld.
Gemiddeld werden 419 kinderen per ziekenhuis met een PICU beademd en het gemiddelde aantal beademingsuren was 100,8 uur. De variatie in aantal beademde kinderen en het gemiddelde aantal beademingsuren varieerde sterk tussen ziekenhuizen (respectievelijk 7 - 1706 kinderen en 21,9 - 221,6 uur; zie figuur 4.5).
Het aantal op de PICU beademde kinderen en de duur van de beademing was in 2013 weer afgenomen ten opzichte van 2012.

Van de 90 ziekenhuizen met een IC leverden 88 data aan voor de database van NICE, waaronder de data voor de minimale dataset (MDS). Het LangeLand ziekenhuis en de MC Groep leverden geen data aan voor de MDS. Van de 88 ziekenhuizen die de data aanleverden, deden 78 ziekenhuizen dit voor de kwaliteitsindicatoren voor de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC).
In 2012 namen 2 andere ziekenhuizen niet deel aan de NICE, namelijk Gemini en MUMC.

Aandachtspunten voor de intensive care en de daarbij horende indicatoren

Zorgvraag en zorgaanbod moeten aansluiten

Een belangrijk kwaliteitsaspect van de IC-zorg is dat de patiënt op die plek terecht komt waar de zorg kan worden geleverd die past bij de ernst van zijn aandoening. De niveau-indeling van IC 's was oorspronkelijk bedoeld om te bepalen of er in een ziekenhuis complexe zorg kon worden geleverd of niet. Bij complexe zorg hoorde een IC van niveau 2 of 3. Kijkend naar de indicator beademingsduur lijken veel ziekenhuizen met een IC niveau 1 toch patiënten op te vangen die langer dan 72 uur beademd moeten worden, patiënten met waarschijnlijk een complexe zorgvraag. Daar is een aantal verklaringen voor mogelijk, zoals de nieuwe concentratiestromen. In de nieuwe IC concept richtlijn zijn de niveaus afgeschaft en moet het ziekenhuis veel nadrukkelijker letten of de voorzieningen op een IC passen bij de patiënten die behandeld worden. Past de IC bij het profiel van het ziekenhuis? De richtlijn uit 2006 geeft geen uitsluitsel over welke IC past bij welk zorgprofiel[55]. Dit is niet altijd nodig: het uitvoeren van complexe chirurgie, zoals bariatrische of complexe oncologische ingrepen, zonder een daarvoor ingerichte IC is ook zonder bovenstaande te beoordelen.

Een andere verklaring is dat patiënten via de spoedeisende hulp van het ziekenhuis op de eigen IC worden opgenomen, terwijl de mogelijkheden voor de opvang van deze acute patiënten niet toereikend zijn. Overplaatsing naar een passender bed vindt niet plaats. Regioafspraken en transportcapaciteit zijn nog niet goed uitgewerkt[56,57].
Hetzelfde geldt voor de opname van kinderen op de volwassen IC. Kinderen horen niet opgenomen te worden in een ziekenhuis zonder PICU en moeten zo snel mogelijk worden overgeplaatst naar een ziekenhuis met een PICU. De inspectie besteedt hier al enige jaren aandacht aan en blijft dit doen. De indicator is in tegenstelling tot enkele andere indicatoren over de IC niet komen te vervallen in de set van 2014 en de indicator blijft bestaan totdat het doel bereikt is: geen kinderen meer op een volwassen IC.

De inspectie verwacht van de nieuwe IC-richtlijn betere regioafspraken over indicaties voor opnames en transport. Zij heeft hier in diverse rapporten op aangedrongen. De patiënt op de juiste IC als voorwaarde voor verantwoorde zorg.

[55] Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). Richtlijn Organisatie en werkwijze op intensive care-afdelingen voor volwassenen in Nederland. Utrecht: NVA; 2006.

[56] Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). IC-afdelingen van niveau 1: "op weg naar verantwoorde zorg" Een inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van intensive care afdelingen van niveau 1. Den Haag: IGZ; 2008.

[57] IGZ. Grote intensive care-afdelingen werken continu aan kwaliteit Inspectieonderzoek versnelt resultaten. IGZ: Utrecht; 2011.

Lerende organisatie

Visitaties en audits zijn noodzakelijk om de kwaliteit te verbeteren en te spiegelen aan de norm. Dit geldt voor alle niveaus van IC-zorg, niet in het minst voor ziekenhuizen met een IC niveau 1. De basisvoorwaarden voor veilige en kwalitatief verantwoorde IC-zorg zijn immers voor alle niveaus gelijk. In 2013 werd bij bijna de helft van alle niveau 1 IC's afwijkingen geconstateerd van de gemaakte kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden uit de richtlijn.

Ziekenhuizen hebben veel indicatoren tot hun beschikking die inzicht geven in de uitkomst van de IC-zorg. Echter, de vraag is of ziekenhuizen door het grote aantal indicatoren nog in staat zijn te sturen op de kwaliteit van de zorg. De indicator die gaat over de deelname aan de NICE komt terug in de basisset 2015. Deze deelname betekent namelijk een goede registratie en dit is een voorwaarde voor kwaliteitsverbeteringprocessen. De rest vervalt, omdat het effect niet duidelijk is gebleken. Uiteindelijk gaat de indicator zich ontwikkelen van structuur- naar uitkomstindicator.

5 Oncologie

U vindt de omschrijving van de oncologie en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, hoofdstuk 5.

Kanker is een ziekte met veel verschijningsvormen. Oncologie is daarom per definitie een zeer heterogeen vakgebied. Op diagnostisch gebied gebruiken ziekenhuizen bijna alle technieken die beschikbaar zijn: van ogenschijnlijk eenvoudige ingrepen tot complexe technologie. Een breed scala van therapeutische technieken helpt daarbij om een zo goed mogelijk resultaat te bereiken, met een grote variatie van die resultaten. De afgelopen jaren was er binnen de oncologie sprake van een sterke toename van specialisatie. Met goed resultaat, maar ook met een aanzienlijke kans om het overzicht te verliezen. Kortom; een uitdagende en dynamische omgeving om in te leren.

Uitgangspunten

1. *Wat is de lerende organisatie?*
   Het oncologisch proces bestaat uit een groot aantal parallelle processen, georganiseerd per tumorsoort. De organisatie bestaat, afhankelijk van de tumorsoort, uit meerdere diagnostische afdelingen (pathologie, radiologie, medisch microbiologie en klinische chemie), verschillende therapeutische afdelingen: onder meer chirurgie, interne geneeskunde (medicamenteus cytostatica, hormonen) en radiotherapie en psycho-sociale ondersteuning.
2. *Wat is het leerdoel?*
   a. Het leerdoel is identiek aan dat van het operatief proces, maar wel met bijzondere accenten. Veel behandelingen worden door gespecialiseerde afdelingen uitgevoerd, wat additionele eisen stelt aan de coördinatie en samenwerking.
   b. Welk zorgaanbod kan het ziekenhuis nu en in de toekomst leveren passend bij de zorgvraag en de faciliteiten?
3. *Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling?*
   De Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van de KNMG[58] is vooral geschreven voor de kwetsbare oudere en het oncologisch proces.
   In de praktijk is er toch nog vaak sprake van één eindverantwoordelijke per behandelfase. Door de scherpere keuzes in de aangeboden behandelingen wordt de behandeling, vaker dan 10 jaar geleden, verdeeld over meerdere instellingen. Dat vereist duidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap. Tegelijkertijd kleurt het de eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur voor de gehele behandeling anders in, meer gericht op netwerken ook buiten de eigen organisatie.

[58] KNMG. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG, 2010.

4 *Wat zijn de relevante normen?*
   a Voor de verantwoordelijkheidsverdeling: Handreiking. verantwoordelijkheidsverdeling (KNMG).
   b Richtlijn Operatief Proces[59,60].
   c Specifieke richtlijnen op de website www.richtlijnendatabase.nl.
   d Per tumorsoort voor 2013: SONCOS normeringsrapport versie 1[61].
5 *Welke informatie is beschikbaar?*
   a Alle indicatoren uit hoofdstuk 5 (oncologisch proces).
   b Alle indicatoren uit hoofdstuk 3 (verpleegkundig proces).
   c Specifieke indicatoren uit hoofdstuk 1 (operatief proces).

Aandacht voor minimumnormen

In februari 2011 zijn op grote schaal minimumnormen ingevoerd in de oncologie. Aanvankelijk beperkten de normen zich tot de operatieve ingrepen, maar al vrij snel werden ze uitgebreid naar de beschouwende vakken. De ontwikkeling van minimumnormen voor complexe behandelingen is voor alle betrokkenen een leerproces.

In *Het resultaat telt 2012* vroeg de inspectie aandacht voor de formulering van de normen. Normstellers, gebruikers en handhavers moeten leren om tot een eenduidige formulering te komen. Bijvoorbeeld van de veel gebruikte omschrijving ‘specialist met bijzondere expertise op het gebied van’. De opsteller van de norm moet deze ‘bijzondere expertise’ zo omschrijven dat er een herkenbare set criteria is. Het ziekenhuis moet een differentiëringsplan voor zijn specialisten hebben en de toezichthouder en zorgverzekeraar moeten een passend handhavings- en inkoopbeleid hebben. Alle partijen moeten op dit punt dus leren samenwerken.

Ook het gebruik van de normen in de instelling is een leerproces. Een voorbeeld hiervan is het proces van het invoeren van een norm, vooral als daar bij invoering niet aan voldaan kan worden. Wanneer heeft het zin om te proberen extra patiënten uit andere ziekenhuizen aan te trekken en wanneer is stoppen met de behandeling de beste keuze? Hoe moet je omgaan met regiomaatschappen die ingrepen of patiëntengroepen onderling verdelen? Wat betekent dit voor de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur? Hoe is de afstemming tussen de aanwezige faciliteiten geregeld? En hoe moet de voorlichting en begeleiding van patiënten tijdens of na zo’n taakverdeling georganiseerd worden?
De inspectie kent problemen die ontstaan op het moment dat instellingen abrupt stoppen met de langdurige behandeling en begeleiding van patiënten. Strategische keuzes zijn dan gewenst. Ook stoppen met het leveren van zorg moet je leren.

[59] NVA, NVvH, CBO, Richtlijn NVA, NVvH, CBO. Het Preoperatieve Traject. CBO: Utrecht; december 2009.
[60] NVA&NVvH. NVA, NVvH. Richtlijn Het Peroperatieve Traject. NVA, NVvH: Utrecht; 2011.
[61] Stichting oncologische samenwerking (SONCOS). Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland. SONCOS Normeringsrapport 1.

Handhaving als leerproces

Het gebruik van normen voor handhaving is ook een leerproces. Het einddoel van de inspectie is dat alle ziekenhuizen na een implementatieperiode voldoen aan de minimumnormen. Dat kan via verschillende scenario's. In het standaardscenario vindt publicatie van de minimumnormen aan het begin van jaar één plaats. Vervolgens beoordeelt het ziekenhuis de eigen situatie, met drie mogelijke uitkomsten. Als het ziekenhuis ruim voldoet, gaat het vrijwel altijd door met het aanbieden van de betreffende behandelingen. Als het ziekenhuis duidelijk niet kan voldoen, stopt het. Ziekenhuizen die daar tussenin zitten, moeten afspraken maken met andere instellingen met het oog op samenwerking. Die worden uitgewerkt in jaar twee. Normaal gesproken maakt het ziekenhuis in die periode ook contractafspraken met een zorgverzekeraar. In jaar drie moeten alle ziekenhuizen volledig aan de norm voldoen.

De inspectie handhaaft in jaar drie op basis van de minimumnormen. De eerste jaren is de rol van de inspectie vooral het toetsen van het proces. Blijkt dat een ziekenhuis in jaar twee niet aan de norm voldeed en in jaar drie de ingreep nog steeds uitvoert, dan moet het ziekenhuis daar zelf een verantwoord beleid bij voeren en in het jaargesprek aan de inspectie melden wat dat beleid is. Onderdeel van dat verantwoorde beleid is het stoppen met het uitvoeren van de genormeerde ingreep. Vaak worden delen van de behandeling die niet genormeerd zijn voortgezet. Dit houdt in dat er veel zaken opnieuw geregeld moeten worden. Een goede overdracht, afstemming van multidisciplinaire overleggen, en een goede evaluatie zijn daar maar een klein deel van. Verantwoord stoppen van een ingreep omvat veel meer dan het stoppen alleen.

Na de implementatie is handhaving op de minimumnorm zelf aan de orde, maar ook ingrijpen is een leerproces. Hoe ga je om met een ziekenhuis dat voor een langere periode, bijvoorbeeld door vertrek van een essentiële specialist, moet stoppen met een genormeerde behandeling? Aan de ene kant is het wenselijk dat een instelling bewust kan stoppen en weer opstarten, zonder angst te hebben een grens te overschrijden. Maar diezelfde instelling moet dat wel vooraf melden bij de inspectie.

Tot slot blijkt ook de mediaberichtgeving over minimumnormen een leerproces. Bij herhaling verschijnen publicaties over ziekenhuizen die niet aan de normen voldoen, terwijl zij nog midden in de implementatieperiode zitten. Het blijft belangrijk om goed te communiceren wanneer een norm gevolgen heeft. Het naast elkaar publiceren van verschillende sets normen maakt dat ook niet eenvoudig. Inmiddels brengt de SONCOS (on)regelmatig normdocumenten uit. Daarin zijn bijvoorbeeld ook de veel regelmatiger (en eerder) verschijnende normen van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde opgenomen. Het is dan ook te begrijpen dat het voor een journalist, ziekenhuisbestuurder of toezichthouder niet altijd duidelijk is op welk moment een nieuwe norm ingaat. De verwarring over de nieuwe norm voor maagcarcinoom is daarvan een voorbeeld.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond de oncologie?

Het ziekenhuis heeft geen multidisciplinair overleg (MDO) bij meerdere tumorsoorten

- Behandelt het ziekenhuis patiënten met mammacarcinoom, longcarcinoom of urologische tumoren?
  - Zo nee, dan vervallen verdere vragen.
- Wat zijn de minimumeisen die het ziekenhuis stelt aan de samenwerking tussen medisch specialisten bij complexe patiënten?
- Is bekend welk percentage van de patiënten multidisciplinair besproken wordt (per tumorsoort)?
  - Zo ja:
    - Welke afspraken zijn er over het bespreken van oudere patiënten?
    - Zijn er afspraken over andere patiëntengroepen?
  - Zo nee: Hoe wordt het functioneren van de MDO's bewaakt?
- Wordt het inbrengen en het bespreken van patiënten geëvalueerd?
- Wordt de kwaliteit van de adviezen geëvalueerd?
- Welke eisen stelt het ziekenhuis aan de aanwezigheid van specifieke kennis bij een MDO?
  - Wanneer wordt besloten om een bespreking uit te stellen?
  - Kan een patiënt besproken worden als een hoofdbehandelaar afwezig is?
- Hoe is de regiefunctie geregeld voor oncologische patiënten?
- Welke regeling waarborgt continuïteit als een deel van de behandeling buiten het ziekenhuis plaatsvindt?

Het ziekenhuis neemt niet deel aan één of meer kwaliteitsregistraties voor de oncologie (voor 2013: Dutch Breast Cancer Audit (DBCA), Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA), Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA), Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) database spierinvasief blaascarcinoom) en behandelt de betrokken patiënten wel

- Voldoet het ziekenhuis aan de minimumvoorwaarden van de betrokken wetenschappelijke verenigingen?
- Wat zijn de criteria van het ziekenhuis voor het deelnemen aan een kwaliteitsregistratie?
- Welke andere kwaliteitsregistraties heeft het ziekenhuis?
- Welke rol speelt een oncologiecommissie bij het gebruik van gegevens?
- Krijgen specialisten uit andere delen van de keten inzage in resultaten van registraties?

5.1 Samenwerking

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 5.1.

Indicatoren

– Multidisciplinair overleg (MDO).

Wat zijn de risico's

Oncologische zorg is complex en er zijn verschillende specialismen en beroepsgroepen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, regie tussen de verschillende behandelaars en bijblijven in het eigen vakgebied en aangesloten blijven op de ontwikkelingen in het vakgebied van de collega-specialismen van groot belang. Een goed MDO draagt bij aan de kans op overleven, de meest optimale behandeling voor de patiënt en de kwaliteit van zijn of haar leven na de behandeling. Het hebben van een overleg is nog geen garantie voor goede samenwerking; het is niet meer dan de eerste belangrijke stap. Slechte samenwerking vormt daarentegen met zekerheid een bedreiging voor de kwaliteit van zorg.
Voor de inspectie zijn er meerdere redenen voor het opnemen van het MDO als indicator. Zoals gezegd is een MDO noodzakelijk voor goede zorg. Daarnaast is een goed functionerend MDO voor een specifieke behandeling, met voldoende betrokken specialismen, een teken dat de infrastructuur van het ziekenhuis voldoende ontwikkeld is. Ook maakt het duidelijk dat er voldoende patiënten zijn om een specifiek MDO voldoende diepgang te geven. Een algemeen MDO waar alle patiënten met allemaal verschillende typen tumoren besproken worden is niet wenselijk en komt steeds minder voor. De onwenselijkheid is gelegen in de kans dat patiënten als 'hamerstukken' de revue passeren en dus niet echt worden gepresenteerd en overgedragen. Tevens bestaat het risico dat specialisten met een ander aandachtsgebied gaan waarnemen voor collega's met meer kennis en zo onvoldoende diepgang kunnen geven aan de bespreking. Het niet betrekken van een specialist bij het MDO is dan ook een teken van onvoldoende deskundigheid of van een slechte samenwerking, mogelijk ook buiten de oncologie.
Tijdens het onderzoek naar het oncologisch proces viel het op dat geen enkel ziekenhuis inzicht had in de mate waarin de adviezen van het MDO daadwerkelijk worden opgevolgd[62]. Het ontbreken van een duidelijk behandelplan, multidisciplinair opgesteld en gecoördineerd uitgevoerd, dat beschikbaar is voor alle betrokkenen is één van de risicofactoren voor slechte kwaliteit van zorg. Daarom is het MDO een aandachtspunt voor de inspectie.

[62] Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren, IGZ (2009).

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis beschikt niet over een specifiek MDO voor patiënten met een urologisch carcinoom en/of longcarcinoom (voor start behandeling dan wel postoperatief)

- Hoe wordt gezorgd dat bij het MDO alle relevante disciplines (zie richtlijnen) op essentiële momenten – wanneer 'hun groep' patiënten aan bod komt – aanwezig zijn?
- Hoe vaak ontbreken de essentiële specialismen waardoor patiënten niet besproken kunnen worden?
- Heeft het IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) onderzoek gedaan naar het functioneren van het MDO? Zo ja, waren naar hun mening alle relevante specialismen aanwezig?
- Van hoeveel patiënten is een daadwerkelijk verslag te vinden van een MDO zowel van voor start van de behandeling als postoperatief?

Het ziekenhuis beschikt wel over een specifiek MDO, maar geeft in de toelichting een voorbehoud aan

- Is er een groep oncologische patiënten die nooit in een MDO besproken wordt?
- Worden specialisten die weinig of geen patiënten inbrengen in een MDO daar op aangesproken? Zo ja, door wie?
- Wat is de status van de afspraken van een MDO in het ziekenhuis? Is het MDO de hoofdbehandelaar, volgt uit het MDO het behandelplan, of heeft het MDO puur een adviserende (vrijblijvende) functie?
- Wordt geëvalueerd of adviezen van het MDO ook daadwerkelijk worden uitgevoerd?
- Wat gebeurt er als specialisten systematisch adviezen van het MDO naast zich neerleggen?

Resultaten

In 98 ziekenhuizen werden patiënten behandeld voor mammacarcinoom en 87 daarvan gaven aan dat de plastisch chirurg structureel aanwezig is bij het MDO. In de basisset van 2013 is de indicator over het houden van een pre- en postoperatief MDO voor mammacarcinoom geschrapt, aangezien alle ziekenhuizen in voorgaande jaren aangaven dit te doen.
Vrijwel alle ziekenhuizen die urologische tumoren en longtumoren behandelden (n=95) hadden een specifiek MDO voor het pre- en postoperatief bespreken van deze tumoren. Dat is wederom een toename ten opzichte van voorgaand jaar.

De 5 ziekenhuizen die geen postoperatief MDO urologische tumoren hadden, gaven als toelichting dat de behandeling elders, of zeer beperkt in de eigen kliniek plaatsvond. Alleen Instituut Verbeeten (radiotherapie) gaf geen toelichting voor het niet houden van dit MDO.

4 ziekenhuizen hadden geen postoperatief MDO longcarcinoom. Dit waren: Orbis MC (Sittard), Deventer Ziekenhuis, Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden) en Gelre ziekenhuizen (locatie Zutphen). De ziekenhuizen gaven aan dat de operatie elders plaatsvond.

Tabel 5.1.1

Aanwezigheid van een specifiek MDO (n=95)

	Preoperatief MDO	Postoperatief MDO
Urologische tumoren	95	90
Longtumoren	95	91

Aandachtspunten bij multidisciplinair overleg en de daarbij horende indicator

Beoordeling of expertise toegevoegde waarde heeft.

In de loop der tijd zijn steeds meer ziekenhuizen specifieke MDO's gaan houden. Daarmee is het eerste doel van de indicator gehaald. De invulling van het MDO blijft een punt van aandacht en kan nog verbeteren[63]. In 2014 heeft de Stichting Oncologische Samenwerking opnieuw de multidisciplinaire normen voor de oncologische zorg vastgesteld[64]. Voor specifieke vormen van kanker legt dit document vast welke deelnemers bij het multidisciplinair overleg betrokken moeten zijn.

De waarde van een goed MDO is om de juiste expertise op het juiste moment bij elkaar te brengen. Om zo de best mogelijke besluiten over het vervolg van de behandeling te kunnen nemen. De aanwezige specialisten moeten deskundig zijn op hun eigen gebied, maar ook in staat zijn de inbreng van andere specialisten te waarderen. Soms levert dat problemen op, zo blijkt uit het volgende voorbeeld. Op verzoek van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) is in de basisset een vraag opgenomen over de deelname van een plastisch chirurg aan het MDO. De NVPC constateerde namelijk dat plastisch chirurgen soms te laat betrokken werden bij patiënten met een mammatumor. Dat kon van invloed zijn op de kans om bepaalde typen borstreconstructies aangeboden te krijgen. De norm is dat consultatie van de plastisch chirurg mogelijk moet zijn, maar dit is niet verplicht[65]. Tijdens het overleg met andere wetenschappelijke verenigingen was duidelijk dat zij de expertise van een plastisch chirurg niet altijd als meerwaarde zagen. Van invloed daarbij is de opkomst van mammachirurgen die zich specifiek richten op de behandeling van borstkanker. Tijdens gesprekken over de indicator met chirurgen werd gemeld dat hun indruk was dat de meerwaarde van een plastisch chirurg daardoor afnam.
De conclusie is dat in een veranderend zorglandschap een MDO moet leren hoe de expertise van een schaars specialisme goed in te zetten. De benodigde expertise om een patiënt met borstkanker goed te behandelen, moet daarbij leidend zijn. Daarbij hoort ook aandacht voor de daadwerkelijke betrokkenheid van de specialismen die wel in de norm staan[63]. Goede feedback uit een borstkankerregistratie zou daarbij behulpzaam moeten zijn. Bij de beoordeling van het cosmetisch eindresultaat mag het oordeel van de betrokken patiënt niet ontbreken.

Postoperatief MDO: ook van groot belang voor de behandelaar die niet opereert

Een MDO is om de aanwezige gegevens van een individuele patiënt vanuit verschillende perspectieven te bekijken, te adviseren en te besluiten over de koers. Informatie over de

[63] Drielen E van, Vries AW de, Ottevanger PBN, Hermens RPMG. Beter multidisciplinair overleg past bij betere zorg. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4856.

[64] Multidisciplinaire Normering Oncologische Zorg in Nederland. Soncos normeringsrapport 2. SONCOS; 2014.

[65] Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH). versie 1.0 januari 2011. NVVH, 2011.

tumor, verkregen via het uitgenomen preparaat, bepaalt het medicamenteuze en radiotherapeutische beleid. Daarom is het onlogisch dat een ziekenhuis dat niet de ingreep maar wel de postoperatieve behandeling doet, géén postoperatief MDO heeft. Terwijl de overdracht vanuit de operatielocatie een extra reden moet zijn om dit wel te doen. Mocht de ontvangende specialist van deze ziekenhuizen deelnemen aan het MDO van het ziekenhuis dat de ingreep heeft uitgevoerd dan was het verstandig geweest dat expliciet te maken in de toelichting. En misschien is het nóg verstandiger om dit eenduidig in de normen te regelen. Continuïteit van zorg is in deze situaties extra precair.

5.2 Borstkanker

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 5.2.

Indicatoren

- Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstsparende operatie.
- Beschikbaarheid van het verslag van de pre- en postoperatieve multidisciplinaire mammabespreking in het ziekenhuisinformatiesysteem of Elektronisch Patiëntendossier (EPD).
- Deelname aan de NABON Breast Cancer Audit (NBCA) (voorheen DBCA)[66].
- Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten.

Wat zijn de risico's

Borstkanker is de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen in Nederland (incidentie 14.376) en een belangrijke doodsoorzaak[67]. Omdat borstkanker een grote groep patiënten treft en de behandeling in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk is, is het voor de inspectie belangrijk toezicht te houden op de geleverde kwaliteit van de zorg.
De behandeling van borstkanker is complex en er zijn verschillende specialismen bij betrokken. Daarom is goede samenwerking, een goede regie van het zorgproces en bijblijven in het eigen vakgebied en bij de ontwikkelingen in het vakgebied van de collega-specialismen van groot belang. Een duidelijk en voor alle betrokkenen toegankelijk behandelplan en een goede verslaglegging van de uitgevoerde (be)handelingen zijn cruciaal om verantwoorde zorg te kunnen leveren. Gekoppeld aan een tijdige en adequate behandeling draagt dit alles in belangrijke mate bij aan de kans op overleven van de patiënt en de kwaliteit van zijn of haar leven na de behandeling van de ziekte[68]. De indicatoren voor borstkanker geven een indicatie voor onderzoek van het gehele proces van de borstkankerzorg. De organisatie van de diagnostiek en behandeling van borstkanker is van alle vormen van kanker over het algemeen het best georganiseerd. De borstkankerzorg kent ook goed uitgewerkte richtlijnen waarin kwantitatieve normen zijn opgenomen.
De betreffende indicatoren geven dan ook vooral een indicatie van de bovengrens van de kwaliteit van (de organisatie van) de kankerzorg in een ziekenhuis. De inspectie vraagt ook naar het beleid bij de behandeling van borstkanker om zo zicht te krijgen op de geleverde zorg bij andere veel voorkomende vormen van kanker.
Ontwikkelingen in de diagnostiek en behandeling van borstkanker volgen elkaar snel op. De inspectie wil dan ook weten of het ziekenhuis deelneemt aan kwaliteitsregistraties als

[66] De NABON Mammaregistratie en de Dutch Breast Cancer Audit (DBCA) zijn vanaf oktober 2012 gezamenlijk verder gegaan onder de naam: NABON Breast Cancer Audit (NBCA).

[67] IKNL. Mammacarcinoom. Kankerzorg in beeld. Januari 2014.

[68] Overigens is de belangrijkste factor die het resultaat bepaalt het stadium waarin de ziekte zich bevindt aan het begin van de behandeling.

de NBCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van zo'n indicator leidt tot versnelde deelname aan kwaliteitsregistraties. Met de registratie krijgt de beroepsgroep inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg en kan ze haar werk aantoonbaar verbeteren. Daarbij komt dat een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare, indicatoren in te stellen.

In de basisset van 2013 is de indicator 'Wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkankerpatiënten' opgenomen waarin aandacht wordt besteed aan andere fasen van de behandeling bij borstkanker, niet de chirurgie betreffende.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis is de benodigde infrastructuur nog aan het ontwikkelen en daarmee in (het voorstadium van) fase 1 van het beleid

Het verslag van het preoperatieve of het postoperatieve multidisciplinaire overleg (MDO) voor de borstkankerpatiënt is niet elektronisch beschikbaar in het ziekenhuisinformatiesysteem

- Hoe kunnen de behandelaars van alle betrokken specialismen (zie richtlijn) op ieder gewenst moment beschikken over de verslaglegging van het MDO?
- Wat is het beleid in het ziekenhuis rond het elektronisch beschikbaar stellen van een MDO-verslag? Bij welke andere tumorsoorten is wel een elektronisch verslag beschikbaar?
- Wat is het beleid van het ziekenhuis rond het toegankelijk maken van essentiële informatie voor andere zorgverleners (ook bijvoorbeeld voor de huisarts)?
- Voor dit MDO en die van andere tumorsoorten waarvoor geen elektronisch verslag beschikbaar is:
  - Hoe waarborgt het ziekenhuis de beschikbaarheid van een MDO-verslag?
  - Hoe zien de afspraken in het MDO eruit?
- Wat is de status van de afspraken in een MDO in het ziekenhuis? Is het een advies of een behandelplan?
  - Indien een advies:
- Wie stelt het behandelplan op?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis de beschikbaarheid van het behandelplan voor andere zorgverleners?
  - Hoe wordt de kwaliteit van het behandelplan bewaakt?
  - Wat is de functie van een oncologiecommissie hierbij?

Het ziekenhuis is in fase 2 van het beleid (uitvoeren metingen)

Bij meer dan 1 patiënt is niet bekend of tumorweefsel na een operatie voor borstkanker is achtergebleven

- Welke analyse heeft het ziekenhuis gemaakt van de oorzaak?
- Zijn de pathologieverslagen compleet, leesbaar en gestructureerd en wordt de landelijk gebruikelijke classificatie toegepast?
- Wat is het beleid bij patiënten van wie geen duidelijke uitslag aanwezig is en bespreekt het ziekenhuis dat met de patiënten?

Het percentage opgenomen patiënten in de NBCA is relatief laag (voor 2013: minder dan 100%)

- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de chirurgische behandeling van mammacarcinomen?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Hoe zorgt het ziekenhuis dat het up-to-date blijft wat betreft nieuwe en verbeterde behandelingen?
- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de NBCA registratie?

Het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aangeleverd om het percentage opgenomen patiënten in de NBCA te kunnen berekenen

- Het ziekenhuis lijkt hiermee niet aan de minimum kwaliteitsnormen van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) te voldoen. Kan het ziekenhuis aantonen dat het op dit moment wel aan deze minimum kwaliteitsnormen voldoet?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de chirurgische behandeling van mammacarcinomen?
- Wat is het ziekenhuisbeleid wat betreft deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?
- Hoe zorgt het ziekenhuis het up-to-date blijft wat betreft nieuwe en verbeterde behandelingen?

Het ziekenhuis heeft minder dan 50 patiënten met een mammacarcinoom chirurgisch behandeld

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit in het jaar volgend op het registratiejaar?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
  - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm van 50[69]. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van operaties voor een mammacarcinoom, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoen.
  - Wat is het concentratiebeleid van de betrokken maatschap?
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd:
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
  - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van ingrepen?

[69] Normering chirurgische behandelingen. Versie 2.0. NVVH; 2011.

Het percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom dat uiterlijk 5 weken na de PA-diagnose (pathologie diagnose) is gestart met neo-adjuvante chemotherapie is relatief laag of relatief hoog (voor 2013: minder dan 53,3% respectievelijk 100%)

- Welk beleid heeft het ziekenhuis voor het invoeren van nieuwe behandelmethoden?
- Heeft het ziekenhuis een risico-analyse of evaluatie uitgevoerd?
- Zijn er afspraken gemaakt over eventueel doorverwijzen van patiënten voor neo-adjuvante therapie met andere ziekenhuizen?

Het ziekenhuis is in fase 3 (gebruik van meetgegevens)

Het percentage geopereerde borstkankerpatiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief hoog (voor 2013: meer dan 10,9%)

- Welke analyse heeft het ziekenhuis zelf toegepast?
- Hoe is het differentiatiebeleid van het ziekenhuis?
- Hoe is het percentage tumorresten verdeeld over de operateurs?
- Hoe is het percentage tumorresten verdeeld over de radiologen bij radiologisch gelokaliseerde niet palpabele mammacarcinomen?
- Is volledige preoperatieve diagnostiek mogelijk?
- Hoe zijn de mammapoli en het MDO geregeld?

Het percentage geopereerde borstkankerpatiënten bij wie tumorweefsel is achtergebleven is relatief laag (voor 2013: minder dan 2%)

- Doet het ziekenhuis onderzoek naar de tevredenheid van vrouwen over het cosmetisch resultaat?
- Wat is daar de uitslag van?
- Welke onderwerpen komen aan de orde bij het informed consent (toestemmingsgesprek)?
- Hoe verhoudt het aantal borstsparende operaties zich tot het aantal borstamputaties?
- Hoe is de trend over de laatste 4 jaar in de verhouding borstsparende ingrepen/ borstamputatie?

Resultaten

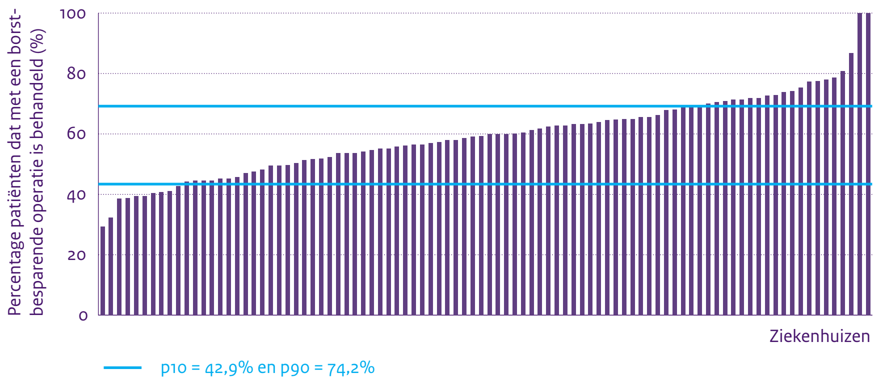
In 2013 kregen volgens opgave 10.070 patiënten in 92 ziekenhuizen een eerste borstsparende operatie voor een primair mammacarcinoom (invasief carcinoom en/of Ductaal Carcinoma in Situ (DCIS)). Het aantal behandelde patiënten was in werkelijkheid lager, doordat samenwerkende ziekenhuizen de gegevens dubbel hebben aangeleverd[70]. Gemiddeld werden er per ziekenhuis 109 patiënten borstsparend behandeld, variërend van 14 tot 346 patiënten.

[70] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 6 ziekenhuizen dubbele gegevens aan voor deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

Het totaal aantal patiënten dat in 2013 is behandeld voor een primair mammacarcinoom was 16.929. Dit liep uiteen van 14 tot 598 patiënten per ziekenhuis. Gemiddeld kreeg 59,4% van de patiënten een borstsparende operatie. Het verschil tussen ziekenhuizen was groot: van 29,3% tot 100% van de patiënten. De NVvH stelt als norm dat een ziekenhuis tenminste 50 patiënten per jaar met primair mammacarcinoom behandelt[71]. Het Spijkenisse Medisch Centrum is het enige ziekenhuis dat dit aantal in 2013 niet haalde omdat het centrum medio 2013 is opgericht en de aangeleverde gegevens alleen over het laatste half jaar gaan.

Figuur 5.2.1

Percentage patiënten dat met een borstsparende operatie is behandeld (n=92)



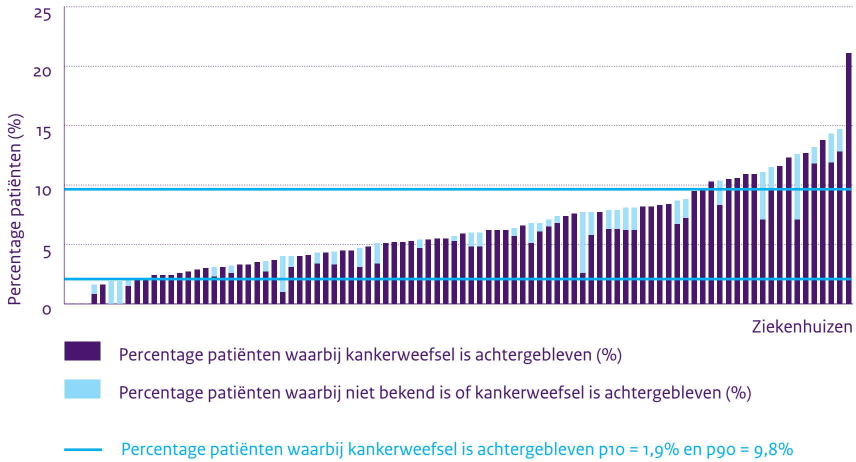
In 2013 kregen 10.070 patiënten een eerste borstsparende operatie, 646 meer dan een jaar eerder. Bij in totaal 567 patiënten bleef kankerweefsel achter na een borstsparende operatie. Dit is omgerekend 5,7% van de patiënten. Het verschil tussen ziekenhuizen was groot: van 0% tot 21,1% van de patiënten. Het ziekenhuis met het hoogste percentage (Radboudumc, Nijmegen) gaf hier geen verklaring voor. Het gemiddelde percentage patiënten waarbij kankerweefsel is achtergebleven, is net als de afgelopen jaren gedaald (6% in 2012, 6,5% in 2011).

Meer dan de helft van de ziekenhuizen (n=55) wist van alle patiënten of kankerweefsel was achtergebleven. De andere 37 ziekenhuizen wisten dit niet voor alle patiënten. In totaal betrof het 77 patiënten, oftewel 0,7%. De variatie per ziekenhuis liep uiteen van 0% tot 5,5%. Het gemiddelde percentage was wel toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren. In 2012 ging het om 20 ziekenhuizen en 34 patiënten (0,4%), en in 2011 was van 0,3% van de patiënten niet bekend of kankerweefsel was achtergebleven na een borstsparende operatie.

[71] Normering chirurgische behandelingen, versie 1.0 januari 2011. NVvH, januari 2011.

Figuur 5.2.2

Percentage patiënten na borstsparende operaties waarbij restweefsel is achtergebleven of waarbij dit onbekend is (n=92)



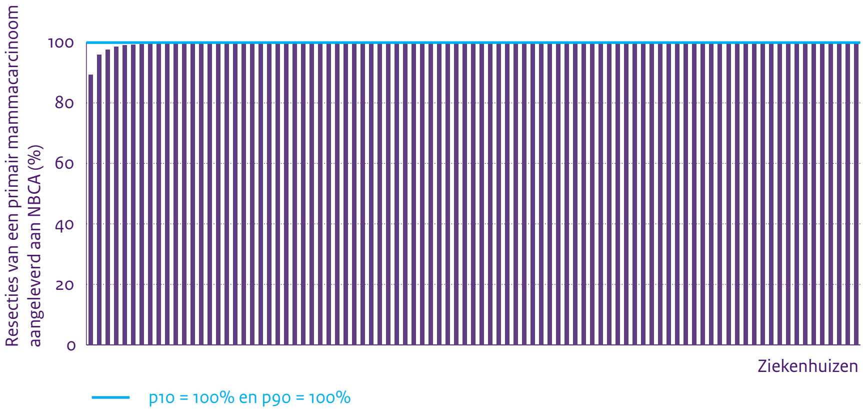
In 2013 hadden alle 98 ziekenhuizen het verslag van het postoperatieve MDO beschikbaar via het ziekenhuisinformatiesysteem of EPD. Voor het preoperatieve MDO had alleen het Langeland Ziekenhuis het verslag van het preoperatieve MDO nog niet opgenomen in het EPD. Het ziekenhuis geeft in de toelichting aan dat dit vanaf 1 januari 2014 wel mogelijk is.

Op 1 ziekenhuis na hadden alle 92 ziekenhuizen in 2013 gegevens aangeleverd aan de NABON Breast Cancer Audit (NBCA)[72]. Spijkenisse Medisch Centrum heeft geen antwoord gegeven maar wel een algemene toelichting.
Gemiddeld leverden ziekenhuizen het NABON 99,8% van de chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom. Het percentage per ziekenhuis varieerde van 89,3% tot 100%. 82 ziekenhuizen hadden de gegevens van alle chirurgische resecties aangeleverd aan de NBCA.

[72] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 6 ziekenhuizen dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

Figuur 5.2.3

Percentage chirurgische resecties voor primair mammacarcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de NBCA (n=91)

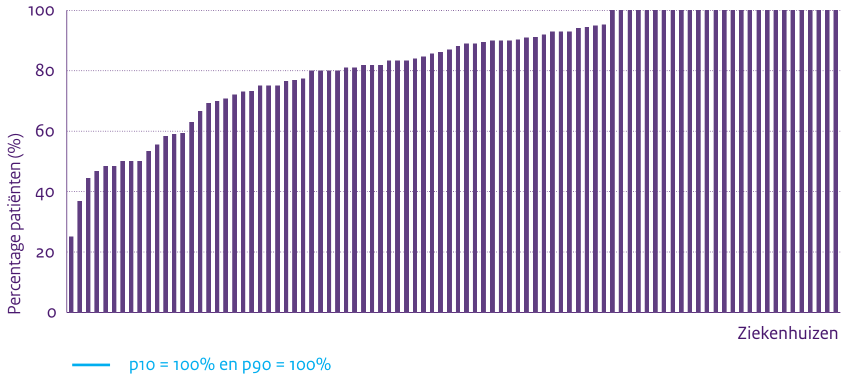


In de basisset 2013 is voor het eerst de indicator wachttijd tussen diagnose en aanvang neo-adjuvante chemotherapie bij borstkanker patiënten opgenomen.
In 2013 gaven 91 ziekenhuizen aan in totaal 1561 patiënten[73] neo-adjuvante chemotherapie. Van deze ziekenhuizen geeft alleen Gelre Ziekenhuizen (locatie Apeldoorn) niet aan of de gegevens gebaseerd zijn op een steekproef. De overige 90 ziekenhuizen hebben gegevens voor de gehele populatie aangeleverd.
Gemiddeld werd bij 83% van de patiënten binnen 5 weken na de diagnose gestart met de neo-adjuvante chemotherapie. Dit percentage liep uiteen van 25% tot alle patiënten.
Het ziekenhuis dat 25% heeft opgegeven, behandelde 4 patiënten in 2013. In de toelichting gaf het ziekenhuis aan dat er in 1 situatie sprake was van overschrijding van 3 werkdagen. In 2 gevallen was er sprake van stadiëringonderzoek of extra diagnostiek.

[73] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 6 ziekenhuizen dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

Figuur 5.2.4

Percentage patiënten met een nieuw gediagnosticeerd mammacarcinoom waarbij binnen maximaal 5 weken na PA-diagnose gestart is met neo-adjuvante chemotherapie (%)



Aandachtspunten voor de borstkankerzorg en de daarbij horende indicatoren

Neo-adjuvante therapie: kans op behandeling verschilt sterk per regio

In 2008/2009 constateerde de inspectie in haar rapport 'Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren' dat er grote verschillen waren in de organisatie van de oncologische zorg[74]. Eén van de aanbevelingen in dit rapport luidde dat het wenselijk was dat de begeleiding van de integrale kankercentra meer werd gestandaardiseerd. De gedachten daarbij waren dat patiënten erop moesten kunnen vertrouwen dat hun zorgvraag leidend was en niet de lokale werkwijze.
Eén van de kenmerken van nieuwe indicatoren is dat zij verschillen zichtbaar maken. Bij de indicator over het aanbieden van neo-adjuvante therapie, is het goed om te weten dat er geen verplichte norm is. Er is geen verschil in overleving tussen chemotherapie voor en na de operatie[75]. De reden om chemotherapie voor de ingreep te geven, is dat het aantal chirurgische mogelijkheden daardoor toeneemt. De opgaven van de ziekenhuizen maken duidelijk dat er tussen de regio's nog steeds een aanzienlijk verschil is of patiënten neo-adjuvante therapie kregen. De kans hierop is in Noord-Holland bijna zes keer zo groot als in Friesland, Groningen en Drenthe samen (16% versus 2,7%).
Het Amsterdamse Antonie van Leeuwenhoek speelt een rol bij deze grote verschillen (31% neo-adjuvante therapie). Maar in de top vijf staan naast drie ziekenhuizen uit Noord-Holland ook twee uit Noord-Brabant. In het licht van de recente discussie over volume is het overigens opmerkelijk dat bij de invoering van deze behandeling in de ene regio de grootte van het ziekenhuis bepalend is, terwijl dit in de andere regio geen rol speelt. De vraag aan onder andere de kwaliteitsregistraties is niet alleen waarom is het verschil in therapiekeuze zo regionaal bepaald, maar ook welke regionale verschillen zijn er nog meer in de oncologische therapiekeuze?

Zorgvuldig omgaan met de invoer van nieuwe technieken is noodzaak

Ook al leidt het al dan niet geven van chemotherapie vóór en na de ingreep niet tot verschillen in overlevingskansen voor de patiënt, het invoeren van de neo-adjuvante therapie heeft wel grote gevolgen voor de organisatie. Het maakt de diagnostiek van uitzaaiingen in de okselklieren moeilijk en dat betekent dat de schildwachtklierprocedure moet worden aangepast. Ook de preoperatieve diagnostiek moet anders en beter en het effect van de cytostatica op de tumor dient anders te worden beoordeeld. Kortom veel van wat er geleerd is in de organisatie van de mammazorg moet anders. Dat kan een goede reden zijn om voorzichtig te zijn met de invoering van deze therapievorm. Het is in ieder geval zaak dat een ziekenhuis zich bewust is van de risico's bij invoering. Dat is ook de reden waarom de inspectie hierbij vraagt naar het uitvoeren van een prospectieve risicoanalyse. De noodzaak van zo'n risicoanalyse is nog groter als het aantal patiënten dat deze vorm van therapie ondergaat, te klein is om de procedure goed te leren.

[74] Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Den Haag: IGZ; 2009.

[75] http://www.oncoline.nl/mammacarcinoom

Diagnostiek vraagt extra aandacht

Positief is dat bij steeds minder borstkankerpatiënten kankerweefsel achterblijft. Daardoor is het aantal heroperaties om die reden teruggebracht tot 567. Zorgelijk is wel de ontwikkeling dat meer ziekenhuizen niet van alle patiënten weten óf kankerweefsel is achtergebleven en dat aantal inmiddels zelfs is verdubbeld.
Eén van de ontwikkelingen die nog niet zichtbaar is in de basisset, maar die wel al duidelijk naar voren komt in de voorbereiding voor nieuwe indicatoren, is de toegenomen aandacht voor diagnostiek. Fouten in het diagnostische proces zijn van grote invloed op de zorguitkomsten en de schade door deze fouten is grotendeels vermijdbaar[76]. In de komende drie jaar zal de inspectie meer aandacht besteden aan indicatoren vanuit diagnostische vakken zoals radiologie en pathologie. Deze vakken spelen ook binnen de oncologische zorg een belangrijke rol.

[76] Langelaan, M., Bruijne, M.C. de, Baines, R.J., et al. Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossier-onderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Amsterdam/Utrecht, EMGO+ Instituut/VUmc/NIVEL, 2013.

5.3 Longchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 5.3.

Indicatoren

– Aantal patiënten waarbij anatomische resecties zijn uitgevoerd.

Wat zijn de risico's

De anatomische resectie van een long of een deel ervan is een complexe ingreep. Bij dit soort complexe ingrepen loopt de patiënt een hoger risico op permanente of tijdelijke schade of om te overlijden. Het uitvoeren van deze hoogrisico operaties stelt bijzondere eisen aan het hele team. Het team heeft ervaring en routine nodig en het is dan ook belangrijk dat de kennis over de ingreep en het peri- en postoperatieve proces op peil blijft. De inspectie vindt het belangrijk dat ziekenhuizen beleid hebben voor het uitvoeren van riskante, zeldzame ingrepen. Deze ingrepen (waaronder ook sommige vormen van scopieën, catheterisaties en andere invasieve verrichtingen) komen in vrijwel alle specialismen voor.
Vanaf het najaar van 2010 publiceren wetenschappelijke verenigingen regelmatig nieuwe minimumnormen voor het uitvoeren van hoogrisico verrichtingen. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) hebben bepaald dat wanneer een ziekenhuis verantwoorde longchirurgie wil aanbieden, tenminste twee (voor de algemene heelkunde gecertificeerde) specialisten zich specifiek op de longchirurgie dienen toe te leggen. Daarnaast wordt het aantal van twintig anatomische resecties per jaar per team als uiterste minimum gezien voor het leveren van verantwoorde zorg. Voor de cardiothoracaal chirurgische centra is besloten een minimum te hanteren van 50 anatomische resecties. Indien in een ziekenhuis zowel de algemene heelkunde als de cardiothoracale chirurgie de longchirurgie wil uitvoeren, dan moeten beide afdelingen voldoen aan het minimum vereiste van hun vereniging. Het is ook hier belangrijk dat het ziekenhuis beschikt over goede data om het eigen beleid te evalueren en om verwijzers (en patiënten) in staat te stellen een verantwoorde keuze te maken.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het aantal resecties uitgevoerd door longchirurgen is minder dan 20 (volumenorm NVvH)[77]

– Voert het ziekenhuis de ingreep in het volgende jaar nog uit?
– Indien nog uitgevoerd:
  - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?

[77] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 januari 2011. NVvH, januari 2011.

- Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen niet aan de minimumnorm van 20.
  Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van deze verrichting door longchirurgen, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.
- Wat is het concentratiebeleid van de betrokken maatschap?
- Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
  - Heeft het ziekenhuis een scan (laten) uitgevoerd (bijvoorbeeld door het IKNL) om inzicht te krijgen op welke punten het actie moet ondernemen om te waarborgen dat alleen ingrepen worden uitgevoerd waarbij het aan de normen voldoet?

– Indien niet meer uitgevoerd:
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden verwezen en weer terugkomen?
  - Welke regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?

Het aantal resecties uitgevoerd door cardiothoracaal chirurgen is minder dan 50 (volumenorm NVT)

– Voeren cardiothoracaal chirurgen in het ziekenhuis in het volgende jaar de ingreep nog uit?
– Indien nog uitgevoerd:
  - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de maatschap genomen om over 2014 aan deze norm te kunnen voldoen?
  - Wat is het concentratiebeleid van de vakgroep/maatschap?
– Indien niet meer uitgevoerd:
  - Is er een plan om patiënten op een goede manier te verwijzen?
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden verwezen en weer terugkomen?
  - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisico verrichtingen?

Zowel longchirurgen als cardiothoracaalchirurgen voerden resecties uit, het totaal was minder dan 70 (gecombineerde volumenorm NVvH en NVT)

– Dan zijn beide bovenstaande groepen vragen relevant.

Resultaten

In 2013 werden in 52 ziekenhuizen in totaal 2718 longresecties uitgevoerd. Ziekenhuizen deden gemiddeld 52 resecties met een minimum van 1 en een maximum van 109[78].

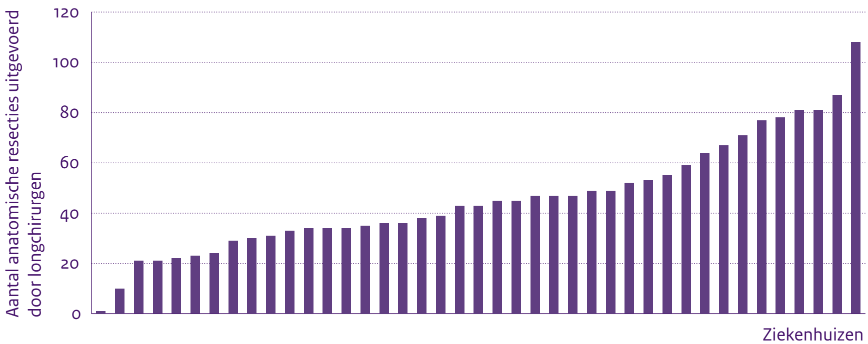
In 39 ziekenhuizen deden alleen de longchirurgen de resecties, in 11 ziekenhuizen alleen de cardiothoracaal chirurgen en in 2 ziekenhuizen beiden. De volumenorm voor longchirurgen (NVvH) is 20 anatomische resecties per jaar per locatie en voor de

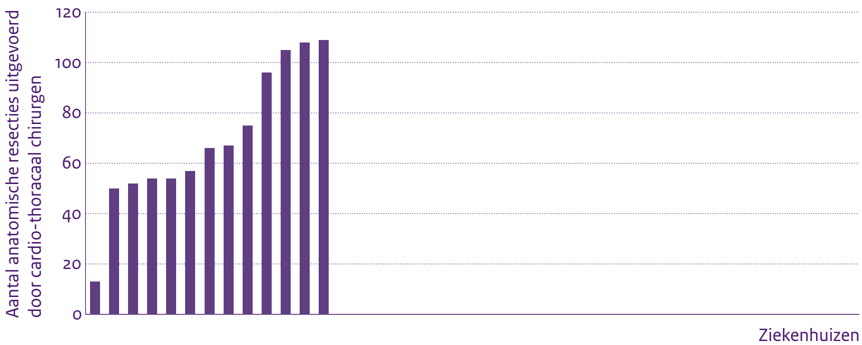
[78] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 5 ziekenhuizen dubbel gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

cardiothoracaal chirurgen (NVT) is dat 50[79]. Voeren beide specialismen onafhankelijk de anatomische resecties uit dan geldt een volumenorm van 70 resecties per jaar per instelling. In 2 ziekenhuizen werden minder dan 20 resecties uitgevoerd door de longchirurgen, maar beide ziekenhuizen gaven aan in 2013 te zijn gestopt met deze ingreep. Het VUmc was het enige ziekenhuis waar minder dan 50 resecties (namelijk 49) werden uitgevoerd door de cardiothoracaal chirurgen. Hierover gaven zij geen toelichting.
Medisch Spectrum Twente heeft bij zowel de long-, als de cardiothoracaal chirurgen het aantal van 67 resecties ingevuld, omdat zij de aantallen niet kunnen uitsplitsen naar specialisme. Zowel het VUmc als het Medisch Spectrum Twente halen hiermee niet de gecombineerde volumenorm.

Figuur 5.3.1

Aantal anatomische resecties, uitgevoerd door alleen longchirurgen (n=39), door alleen cardiothoracaal chirurgen (n=11) of een team van longchirurgen en cardiothoracaal chirurgen (n=2)





[79] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 2.0, september 2011. NVvH, september 2011.

Aandachtspunten voor de zorg bij longchirurgie en de daarbij horende indicatoren

Goede registratie vraagt inzicht in populaties

De snijdende (interventiegerichte) vakken hebben een voorsprong in het ontwikkelen van kwaliteitsregistraties. Nadeel van die voorsprong is dat dit het zicht kan ontnemen op grote delen van de patiëntenpopulatie. In eerste instantie leek een algemene kwaliteitsregistratie voor alle bij de zorg voor longkankerpatiënten betrokken vakken een eenvoudige uitbreiding van de chirurgische registratie. Een complicerende factor is dat het deel van de patiënten dat met succes geopereerd kan worden maar 20% of minder van de totale patiëntengroep is. Ten minste 80% van alle patiënten volgt een heel ander pad, met een duidelijk slechtere prognose[80]. Ook wordt een groter deel van de behandeling direct door twee specialismen gezamenlijk uitgevoerd. Het combineren van radiotherapie en chemotherapie is een vrij normaal onderdeel van de behandeling. De coördinatie van de behandeling is daardoor wel ingewikkelder. De wens om twee hoofdbehandelaren te houden voor de combinatiebehandeling is tijdens gesprekken met de inspectie meermalen naar voren gekomen.

Tijdens inspectieonderzoeken werd zichtbaar dat dit leidde tot verschillende inzichten in de frequentie van complicaties. Een door radiotherapie en longgeneeskunde gezamenlijk bijgehouden (en geanalyseerde) complicatieregistratie heeft de inspectie in 2008 niet aangetroffen. Het was duidelijk dat een gezamenlijk inzicht in het voorkomen (de incidentie) van complicaties noodzakelijk was.
De eerste stap om tot dit gezamenlijk inzicht te komen in de gezamenlijke kwaliteitsregistratie voor longcarcinoom is de uitbreiding van de registratie in 2015 met het deel van de behandeling door de longarts en de radiotherapeut. Een indicator over de deelname aan de kwaliteitsregistratie DLSA (Dutch Lung Surgery Audit) is opgenomen in de basisset 2015. De stap naar het opnemen van de niet geopereerde patiënten volgt later. De inspectie verwacht dat de vier bij deze registratie betrokken specialismen de informatie zo gebruiken dat zij ook gezamenlijk een ‘lerend’ longcarcinoomsysteem op kunnen zetten.

Beschermen van kwetsbare groepen

De laatste jaren heeft de patiëntenbeweging ‘Leven met kanker’ (voorheen Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties) zich ontwikkeld tot een belangrijke gesprekspartner voor de zorg en de belangen van patiënten met kanker. De mate waarin het lukt de rol van belangenbehartiger in te vullen, verschilt per patiëntengroep. Voor patiënten met een slechtere prognose is het veel moeilijker zich goed te organiseren en voldoende ervaring op te doen om een goede inbreng te kunnen leveren. Het is daarom de vraag hoe de inspectie het patiëntenperspectief goed mee kan nemen bij een ziekte als long- of pancreascarcinoom. Wellicht kunnen de patiëntenbeweging ’Leven met kanker’ en de inspectie samen tot een goede aanpak komen.

---

[80] Richtlijn Niet-kleincellig-longcarcinoom; http://www.oncoline.nl/niet-kleincellig-longcarcinoom.

Eén norm voor chirurgen

Vanaf 2013 kan de inspectie de gecombineerde volumenorm voor 70 anatomische resecties per jaar handhaven. De inspectie zal dit dan ook aan de orde stellen in het jaargesprek met de twee betreffende ziekenhuizen die (nog) niet voldeden aan de norm. Uitgangspunt van volumenormen is dat de kwaliteit van zorg toeneemt door voldoende ingrepen per jaar uit te voeren. Bijzonder is daarom dat de norm voor eenzelfde ingreep verschilt voor de twee specialismen. Vraag is wat daar de reden voor is en of één norm niet beter is voor de kwaliteit van zorg voor longkankerpatiënten. In ieder geval zou daarmee de schijn vermeden kunnen worden dat het ene specialisme ten onrechte de lat hoger legt dan de ander, of vice versa. Zonder duidelijke verklaring wekt het ook de indruk dat de twee verenigingen de norm onvoldoende inhoudelijk hebben afgestemd.

5.4 Gastro-intestinaal

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 5.4.

Indicatoren

- Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA).
- Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD).
- Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom.
- Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA).

Wat zijn de risico's

Een carcinoom van de pancreas (kanker van de alvleesklier) heeft een slechte prognose en de resectie (uitsnijding) van de pancreas is een complexe ingreep. Er zijn 1.750 nieuwe patiënten per jaar en de mortaliteit is hoog[81]. De voornaamste behandeling is chirurgisch, slechts 20% van de patiënten komt hiervoor in aanmerking. Het is wenselijk dat resecties van het pancreascarcinoom in ziekenhuizen worden geconcentreerd waar goede faciliteiten, een goede organisatie én goed samenwerkende teams gewaarborgd zijn. Dit zorgt voor minder complicaties en een lagere postoperatieve sterfte. Een goed concentratiebeleid is voor de inspectie een indicator voor de kwaliteit van zorg voor patiënten met een pancreas-carcinoom.
In tegenstelling tot kanker van de alvleesklier maakt dikke darmkanker samen met borst-, long- en prostaatkanker deel uit van de groep veelvoorkomende kwaadaardige aandoeningen. Het treft een grote groep patiënten, de behandeling van deze groepen patiënten kent duidelijke risico's en de behandeling is in (vrijwel) ieder ziekenhuis mogelijk. Al deze redenen samen maken het voor de inspectie belangrijk om indicatoren voor darm-kanker te gebruiken.

De inspectie let in het bijzonder op de kwaliteit van de resectie van een primair colorectaal carcinoom omdat het een veel voorkomende ingreep is waarna relatief vaak een reïnterventie nodig is (tot 12,5%). De patiënt heeft dan na enige dagen opnieuw klachten gekregen, meestal door een naadlekkage. Hoewel niet alle reïnterventies te voorkomen zijn, kan goed kwaliteitsbeleid het aantal wel beperken. Daarvoor is van belang dat een ziekenhuis inzicht heeft in de eigen prestaties. Een opvallend laag percentage reïnterventies is ook een indicatie voor onderzoek. Zo is het mogelijk het risico op reïnterventies te verminderen door het aantal stoma's te verhogen. Hoewel dit altijd mogelijk is in overleg met de patiënt, lijkt deze optie als systematische keuze niet wenselijk. Stoma's hebben grote invloed op de kwaliteit van leven. De inspectie wil dan ook weten of het ziekenhuis deelneemt aan kwaliteitsregistraties als de DSCA en de DUCA. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van een indicator die vraagt naar deelname aan een kwaliteitsregistratie leidt tot het versnellen van deelname aan dergelijke registraties. Daarbij komt dat deelname aan

---

[81] Landelijke werkgroep Gastro-intestinale tumoren. Richtlijn pancreascarcinoom. Versie 2.0 2011-08-22.

een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger maakt in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare indicatoren op te stellen.
Gezien de hoge mortaliteit bij postoperatieve complicaties na een colorectale interventie gaat de inspectie er vanuit dat het ziekenhuis opvallende uitkomsten van de registratie analyseert. Het ziekenhuis beschikt eerder over deze signalen dan de inspectie. Zij verwacht dan ook dat het ziekenhuis de risicoanalyse start voordat deze signalen de inspectie bereiken.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de normen voor chirurgische behandelingen van de NVvH uit januari 2011[82]

1. *Het aantal resecties van de pancreas (Whipples of PPPD) is minder dan 20, of*
2. *Het aantal resecties van de slokdarm (OCR) is minder dan 20, of*
3. *Het aantal resecties van een primair colorectaal carcinoom is minder dan 50*
   - Voert het ziekenhuis in het opvolgende jaar de betreffende ingreep nog uit?
   - Indien nog uitgevoerd:
     - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
     - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de relevante minimumnorm. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van deze behandeling tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.
       Welk aantal colonresecties voor benigne aandoeningen is uitgevoerd?
     - Wat is het concentratiebeleid van de betrokken maatschap?
     - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
   - Indien niet meer uitgevoerd:
     - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
     - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
     - Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen?
     - Indien van toepassing: Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van deze patiënten met spoedindicatie?

Het ziekenhuis voerde minder dan 20 maagresecties uit in 2013
- Voert het ziekenhuis in het opvolgende jaar de ingreep nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Welke maatregelen hebben het ziekenhuis en de maatschap genomen om over 2014 aan deze norm van 20 maagresecties te kunnen voldoen?

[82] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 NVvH, januari 2011.

    - Zijn er andere onderdelen van de norm waar het ziekenhuis niet aan voldoet (zie normendocument heelkunde 3.0 juni 2012)? Zo ja, welke maatregelen zijn en worden genomen om hieraan te voldoen?
    - Wat is het concentratiebeleid van het ziekenhuis?
    - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd:
    - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
    - Wat voor regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle ingrepen?
    - Welke afspraken heeft het ziekenhuis gemaakt met de regionale huisartsen?

Het ziekenhuis geeft aan geen resecties van de pancreas en/of de maag en/of de slokdarm en/of van een primair colorectaal carcinoom te verrichten en patiënten door te verwijzen
- Hoe ziet het verwijsbeleid van het ziekenhuis eruit?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?

Het percentage colorectale reïnterventies was relatief hoog (voor 2013: meer dan 18,1%)
- Wat was in 2013 de ziekenhuismortaliteit na een primair colorectaal carcinoom?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daar de conclusies van?
- Welke acties zijn in het afgelopen jaar genomen om het aantal reïnterventies te verminderen?

Het percentage colorectale reïnterventies was relatief laag (voor 2013: minder dan 5%)
- Hoe spoort het ziekenhuis reïnterventies op?
- Wat is het percentage patiënten dat een stoma heeft gekregen in 2010-2013?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd en wat zijn daar de conclusies van?

Het percentage geregistreerde patiënten in de DSCA is relatief laag en/of het percentage slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief laag en/of het percentage maagresecties voor primair maagcarcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief laag (voor 2013: minder dan 100%)
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij deze chirurgische behandelingen?
- Wat is het ziekenhuisbeleid betreffende deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?

Het percentage slokdarmresecties voor primair carcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief hoog en/of het percentage maagresecties voor primair maagcarcinoom waarvan gegevens zijn aangeleverd aan de DUCA is relatief hoog (voor 2013: 100%)
- Kan het ziekenhuis dit percentage bevestigen met een rapportage uit de DUCA registratie?

Het ziekenhuis heeft geen informatie over het aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom aan de DUCA geleverd en/of het ziekenhuis heeft geen informatie over het aantal maagresecties voor primair maag-carcinoom aan de DUCA geleverd en/of het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aangeleverd om het percentage te kunnen berekenen

- Het ziekenhuis lijkt hiermee in 2013 niet aan de minimum kwaliteitsnormen van de NVvH te voldoen. Kan het ziekenhuis aantonen dat het nu wel aan deze minimum kwaliteitsnormen voldoet?
- Hoe verkrijgt het ziekenhuis inzicht in het voorkomen van risico's bij de chirurgische behandeling van slokdarmresecties?
- Wat is het ziekenhuisbeleid betreffende deelname aan landelijke kwaliteitsregistraties?
- Aan welke andere landelijke kwaliteitsregistraties doet het ziekenhuis niet mee, terwijl het ziekenhuis wel zorg draagt voor patiënten met de betreffende aandoening?

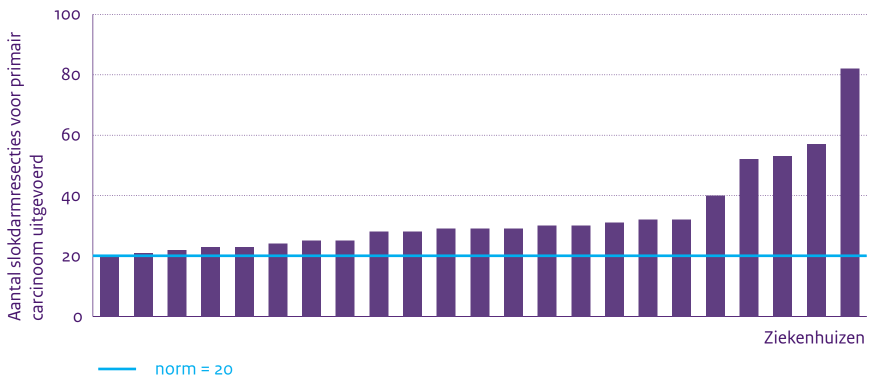
Resultaten

Deelname aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA)

In 2013 hebben in totaal 765 patiënten in 23 ziekenhuizen een slokdarmresectie ondergaan voor een primair carcinoom. Het varieerde van 20 tot 82 resecties per ziekenhuis. Alle ziekenhuizen voldeden aan de norm van de NVvH (20 per jaar). Bijna al deze patiënten zijn ook in DUCA ingevoerd (gemiddeld 99,2%)[83]. Het Erasmus MC heeft als enige, zonder verklaring, niet alle patiënten aangeleverd aan de DUCA (81,1%).

Figuur 5.4.1

Aantal slokdarmresecties voor primair carcinoom (n=23)

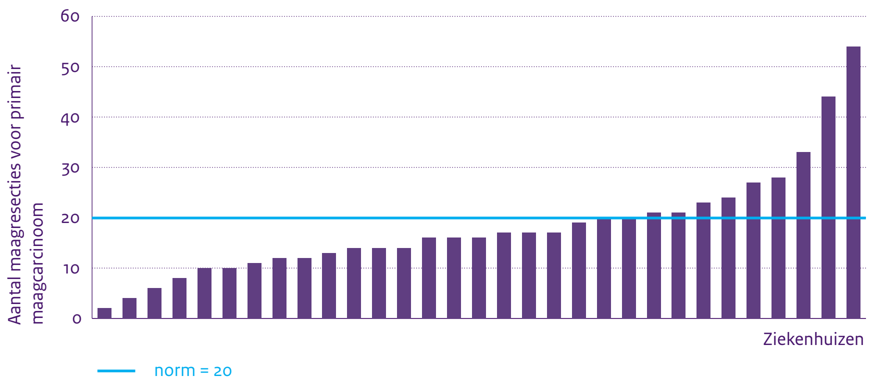


[83] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 2 ziekenhuizen dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

In 31 ziekenhuizen zijn patiënten chirurgisch behandeld voor primair maagcarcinoom en alle ziekenhuizen hebben de gegevens aangeleverd bij de DUCA. In totaal ging het om 563 patiënten die een maagresectie hebben ondergaan, waarvan de gegevens vrijwel allemaal aangeleverd zijn aan DUCA (gemiddeld 99,8%).
Het aantal maagresecties varieerde van 2 tot 54 per ziekenhuis. In 20 van de 31 ziekenhuizen werden minder dan 20 maagresecties uitgevoerd. Daarmee voldoen deze ziekenhuizen niet aan de volumenorm. Uit de toelichtingen blijkt dat een deel van de ziekenhuizen de zorg naar elders gaat overplaatsen. Ook gaven ziekenhuizen aan dat zij verwachten in 2014 aan de volumenorm te voldoen. De inspectie zal hier in de jaargesprekken met de betreffende ziekenhuizen aandacht aan besteden.

Figuur 5.4.2

Aantal maagresecties voor primair maagcarcinoom (n=31)



Resectie van de pancreas (Whipple of PPPD)

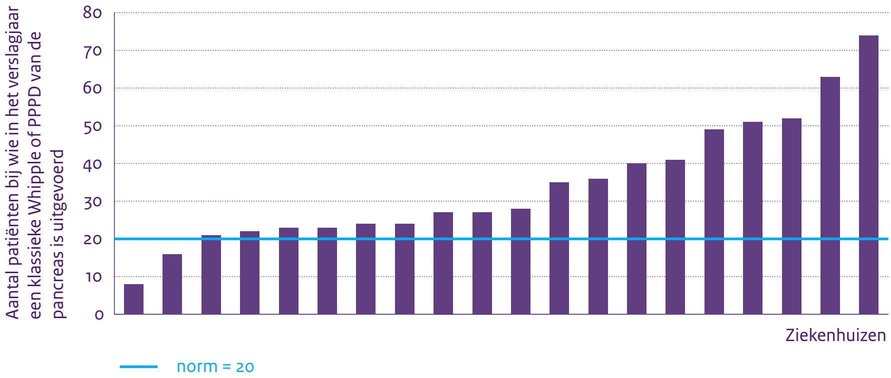
20 ziekenhuizen voerden resecties van de pancreas uit bij gemiddeld 34 patiënten. Het aantal patiënten liep uiteen van 8 tot 74[84]. 2 ziekenhuizen hadden bij minder dan 20 patiënten een resectie uitgevoerd. Het Sint Franciscus Gasthuis (Rotterdam) geeft aan verdere samenwerking te gaan zoeken. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) heeft geen toelichting gegeven.

74 ziekenhuizen hebben voor een resectie van de pancreas patiënten doorverwezen. Gemiddeld ging het om 10 patiënten per ziekenhuis en dit aantal liep uiteen van 0 tot 42. Niet elk ziekenhuis kende de exacte aantallen.

[84] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 2 ziekenhuizen dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

Figuur 5.4.3

Aantal patiënten bij wie in het verslagjaar een klassieke Whipple of PPPD van de pancreas is uitgevoerd (n=20)



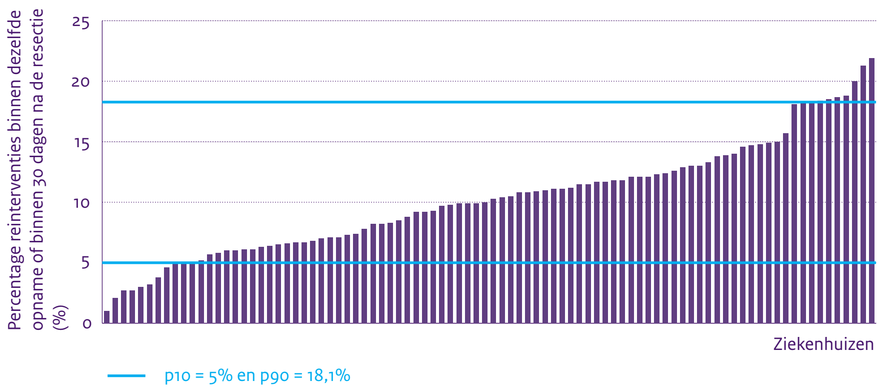
Ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom

90 ziekenhuizen voerden resecties van een primair colorectaal carcinoom uit en alle hadden een registratiesysteem voor colorectale operaties. In 2013 hebben 9894 patiënten een resectie van een primair colorectaal carcinoom ondergaan, variërend van 16 tot 244 per ziekenhuis (gemiddeld 110). In 6 ziekenhuizen was het aantal uitgevoerde resecties minder dan 50. Deze klinieken moeten aantonen dat zij in 2014 voldoende colonresecties doen om de norm te halen.
Gemiddeld vond bij 10,3% van de patiënten een ongeplande reïnterventie plaats met een sterke variatie tussen de ziekenhuizen: van 1% tot 21,9%[85]. De norm is in 2012 aangepast met een aparte volumenorm van 20 rectumresecties. Deze norm is handhaafbaar over 2014. Vergeleken met 2012 is het aantal resecties met bijna 5% afgenomen (van 10.396 in 2012). Ook het gemiddelde percentage ongeplande reïnterventies daalde licht (10,7% in 2012).

[85] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 2 ziekenhuizen dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

Figuur 5.4.4

Percentage ongeplande reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom (n=90)



Deelname aan de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA)

In 2013 hebben 90 ziekenhuizen 9920 patiënten met een primair colorectaal carcinoom behandeld. Alle 90 ziekenhuizen hebben de informatie van vrijwel alle behandelde patiënten (gemiddeld 99,8%) aangeleverd aan de DSCA[86]. 6 ziekenhuizen verschaften niet alle data.

[86] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 2 ziekenhuizen dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

Aandachtspunten voor gastro-intestinale ingrepen en de daarbij horende indicatoren

Overdracht in beeld als risico bij complexe verrichtingen?

In *Het resultaat telt 2011* heeft de inspectie aandacht besteed aan de noodzakelijke multidisciplinaire samenwerking bij de verwijdering (deels) van een orgaan met een complexe functie. In publieke discussies over de taakverdeling en concentratie wordt aangevoerd dat de winst van de concentratie weer te niet wordt gedaan door het toegenomen aantal overdrachtsmomenten, met de kans op bijbehorende problemen.
Het lijkt een argument waar niet heel zorgvuldig over is nagedacht. Als de overdracht zo slecht is dat het een daling van de sterfte met 25-50% in de peri-operatieve periode wegpoetst, is dat een indicatie voor het stevig aanpakken van de overdracht. En niet voor het terugdraaien van de concentratie. Kennelijk is er nog de nodige winst te behalen door te leren wat een goede overdracht is. De inspectie beschouwt het opvallend dat maar zeer weinig normen aandacht besteden aan de informatie die moet worden overgedragen.
Nog opvallender is dat er in die normen geen aandacht is voor 'het sluiten van de cirkel'. Wat moet een ontvanger doen als hij de zorg overneemt en onvoldoende gegevens heeft? Het is bij communicatie per e-mail gewoonte geworden om een signaal 'gezien en begrepen' te geven. Het is echter opmerkelijk hoe weinig *closed loop communication* principes in handhaafbare normen zijn terecht gekomen. Laat staan dat deze op consistente wijze zijn ingevoerd. Leren communiceren moet op dit gebied kennelijk nog beginnen.

Oude resultaten bij maagresecties geen garantie voor de toekomst

Maagresecties werden vroeger aanmerkelijk vaker uitgevoerd dan tegenwoordig. De daling van het aantal maagulcera verklaart dat voor een deel, maar ook door de daling van het aantal maagcarcinomen zelf (European standardised rate: 2002 8,3 naar 2012 6,4)[87].
Een daling van 22% over 10 jaar in het aantal maagcarcinomen. Het betekent dat er in het verleden aanmerkelijk meer ervaring was met deze ingreep en aandoening dan nu.
Daarmee is ook de verleiding groot om patiënten voor te lichten op basis van de ervaring uit het verleden: 'nu is ons aantal onvoldoende, maar wij hebben dit in het verleden wel heel vaak gedaan'. Gecombineerd met een 'opstapmodel' in de norm waarbij over 2013 een lagere norm van 10 handhaafbaar is dan 20 over 2014, lijkt dat tot meer problemen met de besluitvorming te leiden. Daarbij komt dat als de trend van het minder voorkomen van maagcarcinoom zich voortzet, deze vorm van zorg steeds verder geconcentreerd zal moeten worden. Het is bij andere ingrepen zichtbaar dat ziekenhuizen zich richten op een aantal net boven de norm. In het geval van een afnemende vraag zal dat leiden tot voortdurende onzekerheid en weinig stimulans voor investeringen in kennis en infrastructuur. Dan zal de verleiding (te) groot zijn om terug te vallen op oude kennis. Een concentratiemodel dat ver uitkomt boven de minimumvoorwaarden is dan ook voor de kwaliteit van zorg beter.
De inspectie kan daar aan bijdragen door snel in te grijpen als een ziekenhuis de norm niet haalt. Het feit dat 20 van de 31 ziekenhuizen nog een stap moeten maken om aan de over 2014 handhaafbare norm te voldoen, is daarbij ook een stimulans. Ziekenhuizen die over

[87] www.cijfersoverkanker.nl

2014 geen 20 ingrepen hebben uitgevoerd moeten zo snel als verantwoord is, stoppen in 2015 en niet wachten op contact met de inspectie.

Goede selectie uit de DSCA belangrijk voor de toekomst

Vrijwel alle ziekenhuizen nemen deel aan de kwaliteitsregistraties DSCA en DUCA. Veel ziekenhuizen geven in de toelichting aan dat er binnen de DSCA verschillende opties zijn om gegevens te selecteren over reïnterventies na resectie van een primair colorectaal carcinoom. Om goed te kunnen spiegelen en te kunnen leren moet eenduidig zijn waar de indicator betrekking op heeft en moeten alle ziekenhuizen een gelijke keuze maken. De indicator reïnterventie is in 2015 vervallen. De over 2016 te kiezen vervanging zal op een eenduidige wijze uit de DSCA moeten komen.

5.5 Blaascarcinoom

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 5.5.

Indicator

- Deelname aan de registratie van invasief blaascarcinoom.
- MDO spierinvasief blaascarcinoom.

Wat zijn de risico's

De chirurgische behandeling van een spierinvasief blaascarcinoom is een complexe ingreep met een grote belasting voor de patiënt. Na het verwijderen van de blaas en na een lymfklierverwijdering (dissectie) moet de urineafvloed hersteld worden waarbij de darm gebruikt wordt. Het betekent vaak een langdurige ziekenhuisopname en het sterftecijfer rondom de operatie bedraagt tussen de 2,5% en 8%[88,89,90,91]. De ingreep is complex én heeft een laag volume in veel ziekenhuizen. Het uitvoeren van deze operatie stelt bijzondere eisen aan de ervaring van het team dat de ingreep uitvoert en aan de organisatie ten aanzien van de peri-operatieve zorg. Het is daarom belangrijk dat een ziekenhuis een gericht beleid heeft voor het uitvoeren of doorverwijzen van deze risicovolle ingreep. In 2010 en nogmaals in 2012 heeft de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU) bekendgemaakt, dat ziekenhuizen jaarlijks minimaal 10 blaasresecties moeten doen om deze ingreep te mogen blijven uitvoeren[92].
De inspectie besteedt aandacht aan alle ziekenhuizen die de blaasresectie uitvoeren ook als zij aan de minimumnorm voldoen. Deelname aan de database voor de behandeling voor spierinvasief blaascarcinoom levert zowel op landelijk niveau als voor individuele ziekenhuizen belangrijke kwaliteitsinformatie op met als doel de zorg te verbeteren.
De inspectie wil dan ook weten of een ziekenhuis deelneemt aan de registratie van invasief blaascarcinoom. Eerdere ervaringen leren dat de invoer van zo'n indicator leidt tot versnelde deelname aan kwaliteitsregistraties. Daarbij maakt een landelijk registratiesysteem het eenvoudiger om in de toekomst nieuwe, beter vergelijkbare, indicatoren in te stellen. In 2013 namen alle ziekenhuizen deel aan de kwaliteitsregistratie.
Vanwege de hoge mortaliteit bij deze ingreep gaat de inspectie ervan uit dat het ziekenhuis

[88] Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. N Engl J Med 2002, 346: 1128-1137.

[89] Finlayson EVA, Goodney PP, Birkmeyer JD. Hospital volume and operatieve mortality in cancer surgery: a national study. Archives of Surgery, 2003; 138(7): 721-5.

[90] Konety BR, Dhawan V, Allareddy V, Joslyn SA. Impact of malpractice caps on use and outcomes of radical cystectomy for bladder cancer: data from the surveillance, epidemiology, and end results program. J Urol. 2005; 173(6): 2085-9.

[91] Elting LS, Pettaway C, Bekele BN, Grossman HB, Cooksley C, Avritscher EB, Saldin K, Dinney CP. Correlation between annual volume of cystectomy, professional staffing, and outcomes: a statewide population-based study. Cancer. 2005; 104(5): 975-84.

[92] Kwaliteitsnormen Blaascarcinoom NVU, publicatie mei 2012: www.nvu.nl/en-us/kwaliteit/kwaliteitsnormen.aspx

opvallende uitkomsten van de registratie analyseert. Het ziekenhuis beschikt eerder over deze signalen dan de inspectie. De inspectie verwacht dan ook dat het ziekenhuis de risicoanalyse start voordat deze signalen de inspectie bereiken. De inspectie heeft met de NVU afgesproken dat de NVU ziekenhuizen zal benaderen die in de basisset een ander aantal blaasresecties opgeven dan zij bij de wetenschappelijke vereniging hebben aangeleverd. Tot dusverre bleken de verschillen te berusten op verschillende tijdstippen van aanleveren en niet in het aantal uitgevoerde ingrepen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis geeft aan blaascarcinomen te behandelen

Indien het ziekenhuis niet voldoet aan de normen

- Voert het ziekenhuis de ingreep nog uit in het volgende registratiejaar?
- Indien nog uitgevoerd
  - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
  - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm van 10, afkomstig uit 2010. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van cystectomieën vanwege spierinvasief blaascarcinoom, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd
  - Is er een plan waarin criteria zijn omschreven voor een goede doorverwijzing van patiënten?
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg?
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met gestelde normen en de concentratie van zorg?
  - Wat is het concentratiebeleid van andere vakgroepen/maatschappen in het ziekenhuis met hoogrisico verrichtingen?

Indien het ziekenhuis wel voldoet aan de norm

- Hoe wordt een correcte indicatiestelling voor een blaasresectie bewaakt?
- Zijn alle patiëntengegevens ingezonden naar de nationale database?
  - Zo nee: Welke selectie is toegepast?
- Welke type urinedeviaties voert het ziekenhuis na een blaasresectie uit en in welke frequentie?
- Ontvangt het ziekenhuis verwijzingen uit andere ziekenhuizen?
- Wat zijn de criteria om verwezen patiënten na herstel terug te verwijzen?
- Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?
- Zijn er bepaalde reconstructies waar het ziekenhuis voor doorverwijst naar een andere instelling?
  - Zo ja: Naar welke instelling verwijst het ziekenhuis door?
- Hoe wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd?

– Wordt het percentage heroperaties bijgehouden?
  - Zo ja: Was er aanleiding om het operatieproces te analyseren en te verbeteren?

Het ziekenhuis bespreekt evenveel of minder patiënten dan geopereerd

– Hoe wordt de indicatiestelling van de ingreep bewaakt?
– Wanneer en waar worden de niet te opereren patiënten besproken en wat is de indicatie voor bespreking?
– Welke gegevens zijn bekend over patiënten die een andere therapie dan cystectomie ontvangen?

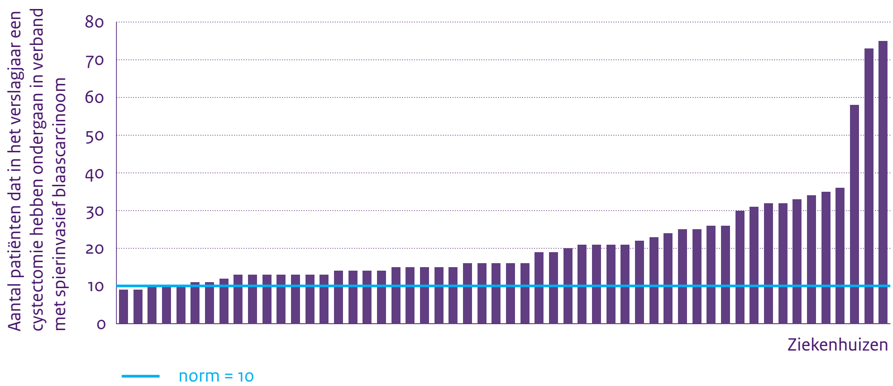
Resultaten

Er waren 54 ziekenhuizen in 2013 die blaasresecties (cystectomie) voor spierinvasief blaascarcinoom hebben uitgevoerd bij in totaal 1166 patiënten. Alle ziekenhuizen hebben gegevens van alle behandelde patiënten ingevoerd in de NVU-database spierinvasief blaascarcinoom[93].
Het aantal behandelde patiënten verschilde tussen de ziekenhuizen van 9 tot 75 (gemiddeld 22). 2 ziekenhuizen voldeden nog niet aan de volumenorm van minimaal 10 ingrepen. Het Slingeland Ziekenhuis (Doetinchem) geeft aan de patiënten vanaf 2014 te zullen doorverwijzen. De Reinier de Graaf Groep (Delft) heeft geen toelichting gegeven.

Het aantal ziekenhuizen dat de ingreep uitvoert, is afgenomen ten opzichte van 2012 (n=58 in 2012) net als het aantal ziekenhuizen dat minder dan 10 patiënten behandelde (n=6 in 2012). Het totale aantal patiënten is vrijwel gelijk gebleven (1.103 in 2012).

Figuur 5.5.1

Aantal patiënten dat in 2013 een cystectomie heeft ondergaan in verband met spierinvasief blaascarcinoom (n=54)

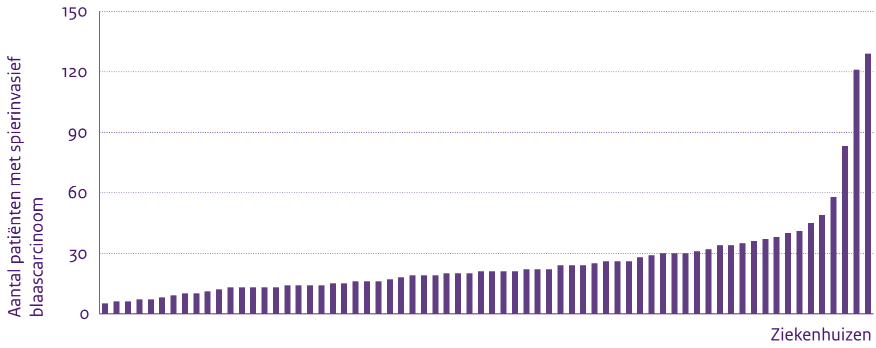


[93] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 5 ziekenhuizen dubbele gegevens aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

In 71 ziekenhuizen werden patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom behandeld. 2 ziekenhuizen konden niet aangeven om hoeveel patiënten het ging en 1 ziekenhuis vulde zowel bij de teller als noemer ‘0 patiënten’ in.
Het aantal patiënten met spierinvasief blaascarcinoom varieerde van 5 tot 129, met een gemiddelde van 26 (n=68). Het percentage patiënten dat werd besproken in een specifiek MDO voorafgaand aan de behandeling was 97,7% en varieerde van 22,2 % tot 100%[94].
Het ziekenhuis dat 22,2% van de patiënten besprak in een MDO gaf aan dat deze patiënten naar hen zijn doorverwezen en elders in een MDO zijn besproken (Radboudumc, Nijmegen).

Figuur 5.5.2

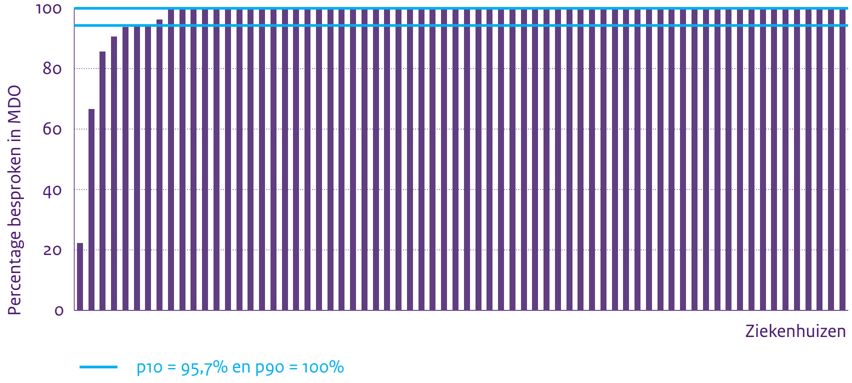
Aantal patiënten met spierinvasief blaascarcinoom (n=68)



[94] Bij de indicator ‘MDO spierinvasief blaascarcinoom’ leverden 3 samenwerkende ziekenhuizen verschillende aantallen aan. Uit de toelichting kan worden opgemaakt dat het om de gezamenlijke patiënten van deze 3 ziekenhuizen gaat.

Figuur 5.5.3

Percentage patiënten met spierinvasief blaascarcinoom dat werd besproken in een specifiek MDO voorafgaand aan de behandeling (n=68)



Aandachtspunten voor registratie van invasief blaascarcinoom en de daarbij horende indicator

Waar en wanneer wordt de patiënt in een MDO besproken: is het geen tijd voor het maken van afspraken?

Toelichtingen kunnen evenveel vragen oproepen als beantwoorden. Het Radboudumc begrijpt dat een percentage van 22,2% besproken patiënten om een toelichting vraagt. De toelichting luidt: "Patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom worden veelal doorverwezen vanuit een ander ziekenhuis. Patiënten worden voorafgaand aan hun behandeling besproken in een MDO, maar niet specifiek in het MDO van het Radboudumc. Voor het merendeel van de patiënten met een spierinvasief blaascarcinoom die door het Radboudumc zijn behandeld, geldt dat de betrokken specialist van het Radboudumc heeft deelgenomen aan het betreffende MDO (in een ander ziekenhuis) waarin de patiënt is besproken." Deze toelichting biedt de toezichthouder een aantal aanknopingspunten. In de eerste plaats lijken er onvoldoende garanties in het systeem ingebouwd. De behandelend specialist heeft deelgenomen aan het MDO voor het 'merendeel' van de patiënten. Er zijn dus kennelijk geen waarborgen in het systeem dat dit altijd gebeurt. Daarnaast zijn normen ingericht per team op één locatie. De reden hiervoor is dat de op die locatie samenwerkende specialismen gezamenlijk ervaring opdoen. In dit geval is de gezamenlijke ervaring met de indicatiestelling beperkt tot de 10 patiënten (22,2%) die geheel binnen het Radboudumc worden behandeld. Het UMCG (Groningen) gaat hierbij nog een stap verder: het voert de ingreep wel uit maar heeft (of geeft) helemaal geen inzicht in het aantal besproken patiënten.
In dit geval omdat: "Geen prospectieve registratie beschikbaar is voor 2013. Er vindt veel referentiezorg uit regionale ziekenhuizen plaats waarbij de diagnose elders wordt gesteld." Net als bij de carotis-chirurgie blijkt het moeilijk om inzicht te krijgen als meerdere ziekenhuizen moeten samenwerken.
Volgens de letter van de norm mag dat. De eisen betreffen de aanwezige specialismen, maar niet de plek waar de patiënt besproken wordt. Er zijn ook geen eisen gesteld aan het expertiseniveau van de betroken specialismen. Er moet een internist-oncoloog zijn met bijzondere belangstelling voor het blaascarcinoom, maar die eis staat los van de samenstelling van het MDO. Dit voorbeeld laat zien dat er duidelijk ruimte is voor meer functionele eisen voor het zorgproces.

Niet eenduidig wie besproken wordt bij het MDO spierinvasief blaascarcinoom

Niet elke patiënt met kanker komt in aanmerking voor een curatieve operatie en niet bij elke patiënt met een blaascarcinoom hoeft de blaas te worden verwijderd. Een MDO heeft tot doel dit soms moeilijke besluitvormingstraject te ondersteunen. Er waren in 2012 in Nederland 2990 patiënten met een blaascarcinoom. De incidentie stijgt langzaam, dus de aanname dat er rond de 3000 patiënten waren in 2013 is redelijk. Daarvan werden er 1700 besproken en 1166 geopereerd. De sterfte aan blaascarcinoom ligt rond de 1250 (2012 1247 patiënten). Een deel van de patiënten met een blaascarcinoom kan met minder ingrijpende maatregelen dan een cystectomie behandeld worden, en voor een deel komt ingrijpen te

laat. Bij een zorgvuldig proces zal het aantal besproken patiënten dus groter zijn dan het aantal geopereerde patiënten, namelijk alle geopereerde patiënten plus de twijfelgevallen. En aangezien het hier een zeer ingrijpende operatie betreft, is te verwachten dat er een redelijke groep is waarbij besloten wordt tijdens een MDO dat een operatie geen meerwaarde heeft gezien het stadium van de ziekte. 9 ziekenhuizen bespreken evenveel patiënten als ze opereren en 4 ziekenhuizen bespreken minder patiënten dan ze opereren. Dit wekt de indruk dat de keuze voor wel of niet opereren al voor het MDO vast ligt. De vraag voor de toezichthouder is: hoe leert een ziekenhuis de indicatie juist stellen als ze alleen de patiënten bespreekt die ze opereert?

5.6 Medicatieveiligheid

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 5.6.

Indicatoren

- Volledigheid van gegevens van een cytostaticumaanvraag.
- Vrijgifte van cytostatica.

Wat zijn de risico's

Medicatiefouten zijn van grote invloed op de patiëntveiligheid. Binnen het hele proces van voorschrijven, gereed maken, ter hand stellen en toedienen van medicijnen zijn veel momenten waarop een fout kan optreden. Een goed medicatieveiligheidsbeleid met daarin aandacht voor de patiënt, het geneesmiddel én het proces maakt dat ziekenhuizen risico's tijdig onderkennen en vermijden. Bij het opstellen van de indicator medicatieveiligheid is gekozen voor cytostatica (ter behandeling van kanker) als groep van risicogeneesmiddelen. Bij foutief handelen is het risico op schade voor de patiënt groot. In 2005 publiceerde de inspectie een circulaire over verantwoord omgaan met cytostatica, omdat zij bij herhaling werd geconfronteerd met calamiteiten bij gebruik van deze geneesmiddelen. In december 2011 is een aanvullende inspectie-circulaire uitgegaan met maatregelen ter voorkoming van doseringsfouten bij het voorschrijven en bereiden van cytostatica in het ziekenhuis[95]. Door de keuze voor cytostatica kunnen de uitkomsten van de indicator worden betrokken bij het oordeel over de veiligheid van de behandeling van de héle groep patiënten met kanker. Vrijgifte van medicatie door een apotheker is een minimumnorm. Technisch gesproken levert het ziekenhuis alleen verantwoorde zorg wanneer dit gebeurt.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De vrijgifte van cytostaticakuren gebeurt niet of niet altijd door de apotheker

- Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan eisen (GMP-z, circulaire cytostatica) rond verantwoorde zorg bij het vrijgeven van bereidingen (ook van niet-cytostatica)?
- Was er sprake van een uitzonderlijke situatie als reden om af te wijken van de regel dat cytostatica worden vrijgegeven door de apotheker voor deze de apotheek verlaten?
  - Zo ja: Welke? (Cytostaticabehandelingen worden doorgaans ingepland, van spoed is vaak geen sprake.)

Het totaal aantal bereidingen is relatief hoog (in 2013: meer dan 14.655 bereidingen)

- Op welke wijze is het aantal kuren bepaald?
- Welke reguliere toetsen hanteert het ziekenhuis bij binnenkomende aanvragen?

---

[95] IGZ. Circulaire Maatregelen ter voorkóming van doseringsfouten bij het voorschrijven en bereiden van cytostatica in het ziekenhuis 2011. Utrecht: IGZ; 2011.

Het totaal aantal bereidingen is relatief laag (voor 2013: minder dan 2.499 bereidingen)
– Op welke wijze bewaakt het ziekenhuis de kwaliteit van de bereidingen in deze groep?

Het ziekenhuis neemt geen steekproef om de volledigheid van aanvragen te controleren en vermeldt in de toelichting dat alle formulieren altijd volledig ingevuld zijn
– Op welk moment in het proces wordt de volledigheid van de aanvragen beoordeeld?
– Op welke wijze is in het ziekenhuis de medicatieveiligheid gewaarborgd?
– Welke procedure volgt het ziekenhuis bij het insturen/ontvangen van een onvolledige aanvraag?
– Welke criteria hanteert het ziekenhuis intern voor volledigheid van een aanvraag?

Het ziekenhuis stelt dat onvolledig invullen onmogelijk is door verplichte invulling
– Vindt een audit plaats over correctheid van de ingevulde gegevens?
– Is een risicoanalyse gemaakt rond de invoer van dit systeem?
– Zijn er meer gebieden waar voor de veiligheid wordt vertrouwd op dit soort waarborgen?

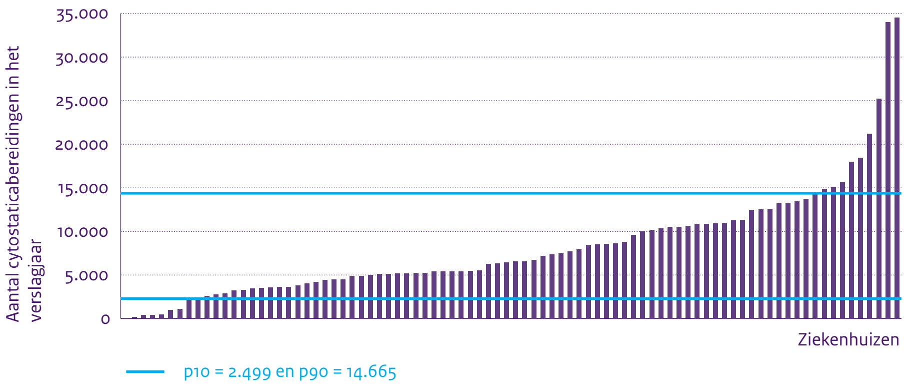
Aanvraagformulieren voor cytostaticakuren zijn niet volledig ingevuld
– Op welk moment worden de gegevens voor de cytostaticabereiding verzameld?
– Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om te garanderen dat essentiële gegevens voor het bereiden van cytostatica aanwezig zijn? Essentiële gegevens zijn bijvoorbeeld de indicatie, het protocol voor het voorschrijven van de cytostatica, de nier- en leverfuncties van de patiënt, de toegang tot het protocol zelf en gegevens over allergieën en contra-indicaties.
– Welke waarborgen zijn er in de apotheek dat:
  - Aanvragen met onvoldoende gegevens niet worden uitgevoerd?
  - De juiste (geldige) gegevens worden gebruikt voor de berekening?
– En ter beïnvloeding van de aanvragers:
  - Op welke wijze wordt gestimuleerd dat zij gegevens in één keer goed aanleveren?
  - Welke maatregelen neemt het ziekenhuis bij herhaaldelijk ontbreken van essentiële gegevens (ook bij andere medicamenten)?

Resultaten

In 86 ziekenhuizen werden gemiddeld 8204 cytostaticabereidingen uitgevoerd in 2013. Het maximaal aantal bereidingen van cytostatica bedroeg 34.520, het minimale aantal 0.

Figuur 5.6.1

Aantal cytostaticabereidingen (n=86)



Niet alle ziekenhuizen hadden een registratiesysteem waaruit zij informatie konden halen over de volledigheid van de aanvraagformulieren: 46 ziekenhuizen hadden dit wel (53,5%). 37 ziekenhuizen maakten gebruik van een steekproef, inclusief 10 ziekenhuizen die wel een registratiesysteem hadden. Ziekenhuizen onderzochten gemiddeld 3.312 aanvraagformulieren op volledigheid. Bijna alle gecontroleerde aanvraagformulieren voor cytostatica waren volledig ingevuld voor lichaamsgewicht, lengte of lichaamsgewicht en oppervlak van de patiënt (99,8% van de formulieren). In 100% van de gecontroleerde formulieren stond de dosering volledig en in 99,7% was de datum van toediening ingevuld.

In 84 van de 86 ziekenhuizen (97,7%) waar cytostatica werden bereid, geeft de apotheker de cytostatica vrij. Het Groene Hart Ziekenhuis gaf aan dat dit niet het geval was en dat vrijgave was gedelegeerd. Als dit klopt is dit niet in overeenstemming met de wet. De inspectie stelt hier een vraag over voorafgaande aan het jaargesprek. Het Alexander Monro Ziekenhuis liet weten dat de bereiding in een apotheek elders plaatsvond.

Aandachtspunten voor de cytostaticabereiding en de daarbij horende indicatoren

Veilige toelichtingen zijn soms onrustbarend

ICT kan een belangrijk hulpmiddel zijn om veiligheid te waarborgen. Interacties tussen medicamenten zijn beter te controleren en het gebruik van geautomatiseerde rekenregels voor dosering kunnen bepaalde fouten voorkomen. Echter, nieuwe risico's kunnen ook ontstaan wanneer menselijk gedrag en ICT met elkaar in conflict komen. Een voorbeeld hiervan is te vinden bij cytostaticaberekeningen. Toelichtingen melden meermalen dat fouten uitgebannen zijn, omdat de software alleen een aanvraag voor cytostatica accepteert als lengte en gewicht ingevuld zijn. Gegevens ontbreken daardoor nooit, is het idee. Toch is dit een prima voorbeeld van schijnveiligheid. Bij het ontbreken van de weging is het in de hectiek op een afdeling eenvoudig om een schatting in te vullen. Het overnemen van oude data van een eerdere weging of vragen aan een familielid zijn andere alternatieven. Het enige dat verandert, is dat het gegeven niet meer zichtbaar kan ontbreken en dat het vergeten van invullen in het systeem onmogelijk is geworden. Het risico van fouten kan zelfs groter zijn dan in de oude situatie, omdat het niet meer zichtbaar hoeft te zijn als gegevens ontbreken of niet belangrijk worden geacht. Het is dus niet geruststellend dat dit de meest voorkomende verklaring is voor de 100%-scores bij de indicator. Een dergelijke verklaring van een raad van bestuur is dan ook voor de inspectie een goede indicatie voor nader onderzoek naar de kwaliteit van risicoanalyses van complexe systemen. Is er voldoende nagedacht over de interactie tussen mens en techniek? Dit is des te meer van belang nu de techniek steeds dieper in het zorgproces doordringt.

Medicatieproces: vele kleine risico's vragen één grote samenwerking

Het medicatieproces is per handeling veel minder riskant dan het operatief proces. Het probleem met medicatie is dat het zo alomtegenwoordig is. Bij de kwaliteitsbewaking van het operatief proces kon de inspectie zich richten op één groep professionals, met diverse expertise, die in de overgrote meerderheid van de gevallen in minder dan één uur een riskante actie moesten ondernemen. Dat risico geeft richting aan de gedachten over veiligheid en benodigde acties. En acties zoals de time-out, werken mede doordat zij die concentratie nog verder verdiepen. Medicatieveiligheid is veel diffuser. Elke arts is bevoegd, net als een grote groep verpleegkundigen. Elk besluit kan van invloed zijn op het risico dat een patiënt elders loopt. Maar die deelinvloed is te divers om niet in eenvoudig gedrag geleerd te kunnen worden. Bij dit soort diffuse problemen is de verleiding groot om een oplossing te zoeken in systemen. Door de invoering van een elektronisch voorschrijfsysteem of medicatieverificatie lijkt het probleem opgelost. Er is alleen een groot verschil tussen een essentiële voorwaarde en een voldoende voorwaarde. Alleen als alles klopt, is het resultaat goed. Medicatieveiligheid is een uitdaging op een nieuw niveau. Alleen als alle partijen op een goede manier samenwerken aan een helder doel leidt medicatieveiligheid tot veilige medicatie.

5.7 Radiotherapie: positionering van bestraling

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 5.7.

Indicator

– Positioneringscontrole bij prostaatbehandelingen.

Wat zijn de risico's

In 2013 werd in Nederland bij 101.500 mensen kanker vastgesteld[96]. Bij ongeveer een derde van deze patiënten is radiotherapie onderdeel van de op genezing gerichte behandeling, waaronder patiënten met prostaatcarcinoom (curatie)[97]. In 2013 kregen 11.000 mannen een prostaatcarcinoom[98].

In Nederland bieden 21 organisaties radiotherapie, waarvan een deel is gevestigd in ziekenhuizen. Deze organisaties vallen binnen het reguliere indicatorentoezicht in ziekenhuizen. Een ander deel betreft zelfstandige instituten (radiotherapeutische centra). Over hen werden tot 2009 alleen gegevens verzameld in het kader van thematoezicht of bij meldingen. Gezien de risico's die verbonden zijn aan radiotherapie zijn deze instellingen in 2010 in het indicatorentoezicht opgenomen.

Kanker valt gezien de frequentie, de mogelijk ernstige gevolgen en de intensiteit van de behandeling onder het indicatorentoezicht. De indicator radiotherapie geeft tevens inzicht in dit snel veranderend vakgebied waar nieuwe technologie wordt ingevoerd in een complexe omgeving.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het absolute aantal bestraalde patiënten met een prostaatcarcinoom is relatief hoog (voor 2013: meer dan 237) of relatief laag (voor 2013: minder dan 61)

– Hoe groot is het aantal gevallen van prostaatcarcinoom in het verzorgingsgebied?
– Is bekend hoe de verdeling is tussen de verschillende therapieën in het verzorgingsgebied?
– Welk deel van de patiënten wordt multidisciplinair besproken?
– Is het multidisciplinaire behandelplan beschikbaar voor alle betrokken behandelaars?
– Hoe wordt de indicatie voor radiotherapie met partners in de oncologieketen afgestemd?

[96] Data IKNL, te raadplegen op http://www.iknl.nl/nieuws/nieuws-detail/2014/02/03/101.500-nederlanders-kregen-kanker-in-2013

[97] Vulto J.C.M, Variatie in gebruik van radiotherapie voor kankerpatiënten: 'populationbased' studies in het zuiden van Nederland, Nederlands tijdschrift voor oncologie Vol. 6 nr. 2 - 2009.

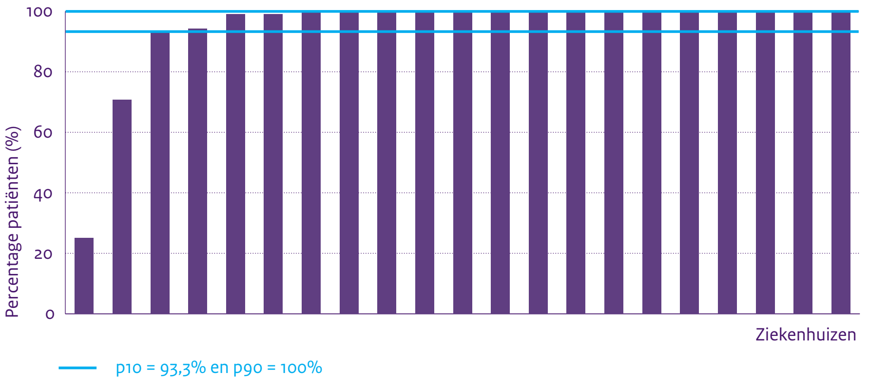
[98] Data van IKNL, te raadplegen op; http://www.cijfers-overkanker.nl/selecties/dataset_1/img54b3e869effa9

Resultaten

In 2013 werden op 21 locaties (ziekenhuizen en radiotherapeutische centra) in totaal 3.061 patiënten met een prostaatcarcinoom behandeld met radiotherapie. Twee zorginstellingen gaven aan een steekproef te hebben gebruikt voor het bepalen van de indicatorgegevens. De ziekenhuizen behandelden gemiddeld 146 patiënten, variërend van 48 tot 244. Bij gemiddeld 94,4% van de patiënten werd de positie van de prostaat gecontroleerd. Er waren 6 ziekenhuizen die dit niet voor alle patiënten hadden gedaan, 2 daarvan gaven aan een steekproef van patiënten te hebben genomen.

Figuur 5.7.1

Percentage patiënten dat bestraald wordt voor een prostaatcarcinoom waar bij iedere bestralingsfractie de positie van de prostaat wordt geverifieerd en eventueel een positiecorrectie wordt uitgevoerd (n=21)



Aandachtspunten voor radiotherapie en de daarbij horende indicator

Opvallende fluctuatie in populatie

Het kijken naar een indicator begint met het kijken naar de populatie. Is helder welke groep is geïncludeerd? In *Het resultaat telt 2010* heeft de inspectie hier aandacht aan besteed. Het aantal bestraalde prostaatcarcinomen verschilde sterk per regio. In Zeeland werden in een verzorgingsgebied van 220.000 mensen 237 patiënten bestraald. Dat was evenveel als in de veel grotere Amsterdamse regio. Het volgende jaar daalde dat naar het veel logischer aantal van 90 patiënten in 2012 en 69 in 2013. Het RISO (Deventer) laat een soortgelijke fluctuatie in het aantal patiënten met een prostaatcarcinoom zien: 70 in 2011, 153 in 2012 en 48 in 2013. De MAASTRO clinic (Maastricht) is recordhouder met een uitschieter van 1331 patiënten in 2011, versus 160 en 133 in respectievelijk 2012 en 2013.

Het totaal aantal prostaatcarcinomen is in de afgelopen jaren licht toegenomen. De trend is een toename van enige honderden patiënten per jaar op landelijk niveau. Het is eigenlijk niet duidelijk wat de oorzaak is van de grote fluctuaties in aantallen. Het is ook opvallend dat er uitgebreide toelichtingen worden gegeven bij de verschillen in meetmethoden van de positiebepaling. Een plotselinge reductie van de patiëntenpopulatie met 75% lijkt de instelling minder op te vallen. En dat valt de inspectie dan weer op. Deze uitslagen zijn dan ook besproken met de betrokken wetenschappelijke vereniging.

Toelichtingen roepen juist weer vragen op

De toelichting van het Antoni van Leeuwenhoek (AvL) (Amsterdam) geeft een aardig inzicht in de problemen bij het interpreteren van een technische indicator. “Radiotherapeuten in het Antoni van Leeuwenhoek passen de Adaptive RT procedure toe (waarbij de 1e 8 fracties een CB online wordt gemaakt, daarna wekelijks controle offline). Deze methode is in onze optiek superieur aan een protocol met dagelijkse set-up verificatie zonder ART, omdat er ook voor de rotaties van de prostaat gecorrigeerd wordt. Binnen de Flamestudie echter is dagelijkse setup verificatie verplicht, maar mag worden gecombineerd met ART.

Deze procedure wordt in het AvL gevolgd. Daarom wel 61 (Flame studie) patiënten.”

Waarom de radiotherapeuten deze methode superieur vinden, was niet duidelijk.

Ook omdat de methode als voornaamste eis stelt dat de positie van de prostaat goed wordt bepaald. Waarom het Antoni van Leeuwenhoek wel van mening is dat het verantwoord was om 61 patiënten te behandelen met een methode die zij inferieur noemen, was niet duidelijk. Hadden zij deze patiënten misschien toch ook met de door hen superieur bevonden methode behandeld? Dit bleek bij navraag inderdaad het geval[99]. Het zal duidelijk zijn dat een toelichting niet altijd geschreven wordt met het doel wat er gebeurt voor een toezichthouder inzichtelijk te maken.

[99] Additionele toelichting van het AvL, bij navraag.

6 Hart en vaten

U vindt de omschrijving van hart en vaten en de indicatoren die daarbij een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen, hoofdstuk 6.

Het beleid rond hart- en vaatziekten is een geschikt voorbeeld om te illustreren hoeveel componenten een rol spelen bij deze aandoeningen. Zo is er een component leefstijl, waarbij roken, beweging en voeding een rol spelen. Daarnaast is er een component preventie, met onder andere dieetadviezen en medicamenteuze interventies gericht op bloeddruk en cholesterol. Ook is er een therapeutische component, met bijvoorbeeld de opvang van een hartinfarct of hartfalen en chirurgie. Tenslotte speelt aan het eind van het zorgproces na een cardiovasculair incident revalidatie een rol.

Voorgaande opsomming is verre van compleet. Het is duidelijk dat de aanpak van hart- en vaatziekten vraagt om een complex systeem, waarin organisaties en zorgverleners optimaal samenwerken. Er is ook nog genoeg te leren, zo blijkt uit de verschillende lerende systemen. De organisatie van de opvang van ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI) patiënten is een mooi voorbeeld hoe een lerende organisatie in beeld gebracht kan worden via een indicator. Tegelijkertijd stellen we vast dat interventies binnen dit complexe zorgproces succes oplevert: in 35 jaar is de sterfte gehalveerd[100].

Uitgangspunten

1 *Wat is de lerende organisatie?*
De zorg bij patiënten met een STEMI omvat een keten van samenwerkende zorgverleners en organisaties. Het begint bij de patiënt die de symptomen snel genoeg moet herkennen en eindigt bij de revalidatie na de Percutane Coronair Interventie-procedure (PCI-)behandeling.

2 *Wat is het leerdoel?*
De organisatie moet in staat zijn om in een zo kort mogelijke tijd een infarct te herkennen en te behandelen. *Time is muscle* is een oud en helder principe[101]. Dat wil onder andere zeggen dat:
- Een hartinfarct snel moet worden herkend door de patiënt, huisarts, huisartsenpost (HAP) of de alarmcentrale.
- De ambulance snel ter plaatse moet zijn en voorbereid is op diagnostiek en behandeling.
- De patiënt zo snel mogelijk een Electrocardiogram (ECG) en een correcte diagnose krijgt.
- Bij de diagnose STEMI de patiënt zo snel mogelijk wordt vervoerd naar een PCI-centrum.

---

[100] Overleden in 1970 nog 570 mannen en 660 vrouwen per 100.000 van ieder geslacht aan hart- en vaatziekten, in 2004 zijn dit er 270 en 280. Data CSB, 2005.

[101] Reimer KA, Jennings RB. The "wavefront phenomenon" of myocardial ischemic cell death. II. Transmural progression of necrosis within the framework of ischemic bed size (myocardium at risk) and collateral flow. Lab Invest 1979;40:633– 44.

3 *Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling?*
   a Er is geen eenduidige eindverantwoordelijke voor de gehele keten.
   b Per schakel is, indien aanwezig, de raad van bestuur verantwoordelijk.
   c Zorgprofessionals met een BIG-registratie hebben een eigen verantwoordelijkheid voor het handelen.
4 *Wat zijn de relevante normen?*
   a Specifieke normen voor onder andere aanrijdtijd.
   b Minimumnormen, waaronder een vergunningsplicht voor onder andere regionale ambulancevoorziening en PCI-centra.
   c De richtlijn STEMI[102].
5 *Welke informatie is beschikbaar?*
   a Meldingen over opvang van patiënten met een STEMI in de eerste lijn.
   b Indicator STEMI.

Leren in het zorgproces voor patiënten met een STEMI

De richtlijn voor patiënten met een STEMI[102] is opmerkelijk, omdat deze internationale afspraken bevat over de gegevens die beschikbaar moeten zijn om het proces te evalueren en daarvan te leren. De auteurs constateren dat de verantwoordelijkheid voor het proces verdeeld is over een groot aantal betrokkenen. Desondanks doen zij uitspraken over maten die het hele proces omvatten of die alleen rekening houden met eisen voor patiëntenzorg. Zo wordt het interval tussen *first medical contact* en diagnose genormeerd op tien minuten. In die tijd zullen ambulancepersoneel, eventueel huisarts en cardioloog samen tot één duidelijk resultaat moeten komen.
Het VMS Veiligheidsprogramma hanteert een andere indicator, namelijk negentig minuten interval tussen contact met een paramedicus en de PCI. Helaas zijn de gegevens van deze indicator niet openbaar, zodat er niet eenvoudig over/van de verschillende ketens geleerd kan worden. Het interval van negentig minuten wordt in de richtlijn STEMI omschreven als maat voor het *system delay* en voor verbeteractiviteiten. Uiteindelijk is voor de patiënt het interval tussen eerste symptomen en PCI relevant, omdat die periode het meest bepalend is voor het eindresultaat.
Inmiddels heeft ook de National Cardiovascular Data Registry (NCDR) een PCI-registratie opgezet. Helaas staan de beschikbare gegevens niet in het jaarverslag. Wel is er in de zorg voor PCI-patiënten een goede catalogus met data om het leerproces in te richten. Het is jammer dat veel van deze data nog niet routinematig publiekelijk beschikbaar zijn. Dit zou wel waardevol zijn, omdat uit de data op te maken is of het leerproces ook daadwerkelijk in gang wordt gezet.

[102] Richtlijn STEMI, te raadplegen op; https://www.nvvc.nl/media/richtlijn/155/2012_Guidelines_AMI_STEMI.pdf

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond hart en vaten?

Het ziekenhuis geeft ten minste drie van de volgende antwoorden

1. Sterfte na EAC (eerste administratieve consult) bij de cardiologie patiënt is relatief hoog of laag (voor 2013: hoger dan 8,7% of lager dan 5%)
2. Het ziekenhuis voert minder dan 20 electieve AAA-ingrepen (AAA, Aneurysma van de Abdominale Aorta) uit en heeft geen PCI-functie. Worden hart- en vaatpatiënten in dit ziekenhuis behandeld?
   Zo ja:
   - Is er (integraal) beleid op het gebied van de zorg voor patiënten met hart- en vaatproblemen?
   - Op welke wijze wordt een integrale aanpak van een patiënt met hart- en vaatziekten gewaarborgd?
   - Hoe wordt de kwaliteit van de samenwerking met de andere ziekenhuislocaties gewaarborgd?
3. Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten en het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven is relatief laag of hoog (voor 2013: minder dan 0,9%, of meer dan 3,3%)
4. Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI patiënten en de gemiddelde *door-to-needle* of *door-to-balloon time* is relatief kort of lang (voor 2013: minder dan 15 minuten, of meer dan 43 minuten)

Bij deze uitslagen zijn de volgende vragen relevant

- Zijn er beleidsdoelen in de keten?
- Zo ja:
  - Welke zijn dat?
  - Wat is er bekend over de ketenresultaten?
  - Hoe wordt bepaald of de ketendoelen zijn behaald?

6.1 Vaten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 6.1 en 6.5.

Indicator

- Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties (AAA).
- Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct tot operatie.
- Percentage complicaties.

Wat zijn de risico's

Het opereren van een aneurysma van de abdominale aorta (verwijding van de grote buikslagader, AAA) is een voorbeeld van een complexe ingreep. Bij dit soort complexe ingrepen loopt de patiënt een groot risico op permanente of tijdelijke schade of op overlijden[103]. Het uitvoeren van deze hoogrisico operatie stelt bijzondere eisen aan het hele team. Het team heeft ervaring en routine nodig en het is dan ook belangrijk dat de kennis over de ingreep en het peri-operatief proces op peil blijft. Bij hoogrisico operaties die vaak voorkomen, is dit eenvoudig. Er zijn echter ook operatieve ingrepen die én complex én relatief zeldzaam zijn. Deze ingrepen (waaronder ook scopieën, catheterisaties en andere invasieve verrichtingen) komen in vrijwel alle specialismen voor. De inspectie vindt het daarom belangrijk dat ziekenhuizen beleid hebben voor het uitvoeren van hoog-risico-laag-volume ingrepen.
Concentratie speelt een belangrijke rol bij het waarborgen van de kwaliteit van het team: door voor weinig voorkomende ingrepen de behandeling op één plek te concentreren blijft de ervaring op het gewenste, hoge niveau[104]. Om de kwaliteit van het concentratiebeleid van een ziekenhuis te beoordelen, vraagt de inspectie ook naar andere hoog-risico-laag-volume ingrepen: de operatie aan kanker van de slokdarm (slokdarmresectie, OCR), van de maag (maagresectie), van de alvleesklier (pancreasresectie, Whipple of PPPD), van de blaas (cystectomie bij spierinvasief blaascarcinoom) en van de long (anatomische resectie van de long).
Sinds het najaar van 2010 publiceren wetenschappelijke verenigingen regelmatig nieuwe minimumnormen voor het uitvoeren van hoogrisico verrichtingen. De norm van de NVvH[105] geeft aan dat er per locatie (naast andere kwalitatieve voorwaarden) minimaal 20 electieve (geplande) AAA-operaties per jaar verricht moeten worden. De inspectie ziet vanaf 2012 toe op de volumenormen van de NVvH en treedt hier zo nodig handhavend bij op.

[103] Akkersdijk GJ, Prinssen M, Blankensteijn JD. The impact of endovascular treatment on in-hospital-mortality following non-ruptured AAA repair over a decade: a population based study of 16,446 patients. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2004;28:41-46.

[104] Zuiderent-Jerak T, Kool T, Rademakers J (red.). De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg. Tijd voor een brede benadering. Utrecht/Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg, 2012.

[105] www.heelkunde.nl/kwaliteit/normering: Normering Chirurgische Behandelingen, versie versie 1.0 (januari 2011).

Een nieuwe indicator in 2013 betreft de Carotischirurgie. Het is aangetoond dat bij patiënten met een symptomatische carotisstenose de kans op een (nieuw) herseninfarct het kleinst is als carotisendarterectomie binnen 2 tot 3 weken na een TIA of niet-invaliderend herseninfarct plaatsvindt[106]. Om de kwaliteit van de tweede- en derdelijns zorg te monitoren is het van belang om te weten hoe snel na aanmelding bij de neuroloog een patiënt wordt geopereerd (indicator A). Omdat niet in alle ziekenhuizen carotisingrepen worden gedaan, wordt in het geval van doorverwijzing de tijd tussen doorverwijzing door neuroloog naar het opererende ziekenhuis en de operatie geregistreerd (indicator B).
Een carotisingreep kent een relatief hoog operatierisico (rond de 4-7% risico op beroerte of overlijden), met name bij patiënten geopereerd binnen 4 weken[107]. De afweging moet dus zijn of het gunstige effect van vroeg opereren opweegt tegen het mogelijk verhoogde risico op complicaties. Omdat de uitkomst enerzijds samenhangt met snelheid van opereren en anderzijds mogelijk met het aantal complicaties, en deze onderling ook gerelateerd zijn, is een combinatie van deze twee indicatoren logisch[108]. Daarnaast geven deze indicatoren ook inzicht in de mate waarin twee samenwerkende maatschappen één kwaliteitsbeleid kunnen voeren.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het aantal electieve AAA-operaties is minder dan 20

- Voert het ziekenhuis de ingreep in het volgende registratiejaar nog uit?
- Indien nog uitgevoerd:
  - Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
  - Het ziekenhuis lijkt niet te voldoen aan de minimumnorm van 20 van januari 2011. Het ziekenhuis moet op basis van deze gegevens zo snel als verantwoord is stoppen met het uitvoeren van AAA-operaties, tenzij het ziekenhuis kan aantonen dat ze wel aan de norm voldoet.
  - Hoeveel vaatchirurgen in het ziekenhuis beschikken over de juiste certificaten?
  - Wat is het beleid van het ziekenhuis rond de inzet van vaatchirurgen?
  - Hoe gaat het ziekenhuis om met andere normen rondom de concentratie van zorg?
- Indien niet meer uitgevoerd:
  - Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
  - Welke regionale afspraken zijn er over verwijzing van zeldzame, risicovolle spoedeisende ingrepen?

[106] Waaijer A., Lo T.H., Kappelle L.J. et al. Behandelmogelijkheden voor patiënten met een symptomatische carotisstenose. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1261-6.

[107] Rockman CB, Maldonado TS, Jacobowitz GR, Cayne NS, Gagne PJ, Riles TS. Early carotid endarterectomy in symptomatic patients is associated with poorer perioperative outcomes. J Vasc Surg 006;44:480-487.

[108] Naylor AR. Delay may reduce procedural risk, but at what price to the patient? Eur J Vasc Endovasc Surg 2008;35:383-391.

- Welke afspraken zijn er gemaakt met de regionale huisartsen en de regionale ambulancevoorziening?
- Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA-patiënten met spoedindicatie[109]?

Het aantal electieve AAA-operaties ligt tussen de 20 en de 30

- Klopt het opgegeven aantal? Hoe kan dit aantal bevestigd worden?
- Wat is de verhouding tussen de electieve AAA-operaties en de acute AAA-operaties?
- Zijn de operaties uitgevoerd op dezelfde locatie met hetzelfde team (OK, IC, verpleeg-afdeling et cetera)?
- Heeft het ziekenhuis een 24-uursdienst voor de vaatchirurgie?
- Voldoet het ziekenhuis aan alle eisen van de gestelde normen? Zo nee, welke maatregelen zijn en worden genomen om hieraan te kunnen blijven voldoen?
- Wat is het beleid van het ziekenhuis voor andere hoog-risico-laag-volume ingrepen (zoals de pancreasresectie, cystectomie bij spierinvasief blaascarcinoom, slokdarmresectie)?
- Zijn er ook ingrepen die het ziekenhuis niet uitvoert? Zo ja: Zijn daarover regioafspraken gemaakt?
- Hoe is de verdeling van EndoVasculaire Aneurysma Repair (EVAR) en open ingrepen bij AAA?

Het ziekenhuis geeft aan geen AAA-operaties te verrichten en patiënten door te verwijzen

- Hoe ziet het verwijsbeleid van het ziekenhuis eruit?
- Welke waarborgen zijn er voor de continuïteit van zorg indien patiënten worden terugverwezen?
- Hoe is de opvang van spoedpatiënten georganiseerd?
- Welke waarborgen zijn er in het ziekenhuis voor de opvang van AAA-patiënten met spoedindicatie, inclusief afspraken met de regionale ambulancevoorziening[109]?

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie is relatief laag (voor 2013: gelijk aan 0%)

- Wat zijn de afspraken tussen vaatchirurgie en neurologie over de overdracht? Wordt het aanmeldmoment doorgegeven aan de vaatchirurg?
- Worden de processen geaudit?
- Houdt het ziekenhuis een gezamenlijke complicatieregistratie bij voor neuroloog en vaatchirurg?
- Wat is de uitkomst op de indicator percentage complicaties?
- Is het beleid een afweging geweest tussen het gunstige effect van vroeg opereren en het mogelijk verhoogde risico op complicaties door vroeg opereren?

---

[109] Seegers J, Van Engelenburg T. Spoedchirurgen in spagaat. Medisch Contact. 2011; 39, 2377-79.

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie is relatief hoog (voor 2013: hoger dan 26%)

- Heeft het ziekenhuis zicht op het percentage heroperaties?
- Hoe is de aanspreekcultuur in het ziekenhuis?
  - Spreken neurologen de vaatchirurgen aan als het termijn niet gehaald wordt?
  - Wanneer spreken vaatchirurgen de neurologen aan bij een vertraging in de verwijzing?
  - Zijn er afspraken over termijnen en overdracht?

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van doorverwijzing wegens een TIA of niet-invaliderend infarct naar het opererend ziekenhuis en de operatie is relatief laag (voor 2013: gelijk aan 0%)

- Hoe verloopt de samenwerking tussen de ziekenhuizen bij patiënten met een TIA?
- Wordt daadwerkelijk het moment van verwijzing als startpunt gebruikt?
- Hoe wordt de indicatie voor een operatie gesteld?

Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van doorverwijzing wegens een TIA of niet-invaliderend infarct naar het opererend ziekenhuis en de operatie is relatief laag (voor 2013: hoger dan 7,4%)

- Wat is de verhouding met het aantal patiënten dat door de eigen neurologen wordt verwezen?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de ziekenhuizen bij patiënten met een TIA?
- Hoe wordt de indicatie voor een operatie gesteld?

Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaakt of overlijdt is relatief hoog (voor 2013: hoger dan: 5,7%)

- Hoe verloopt de samenwerking tussen de ziekenhuizen bij patiënten met een TIA?
- Hoe wordt de indicatie voor een operatie gesteld?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de neurologen en de vaatchirurgen?

Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens de ziekenhuisopname een beroerte doormaakt of overlijdt is relatief laag (voor 2013: 0%)

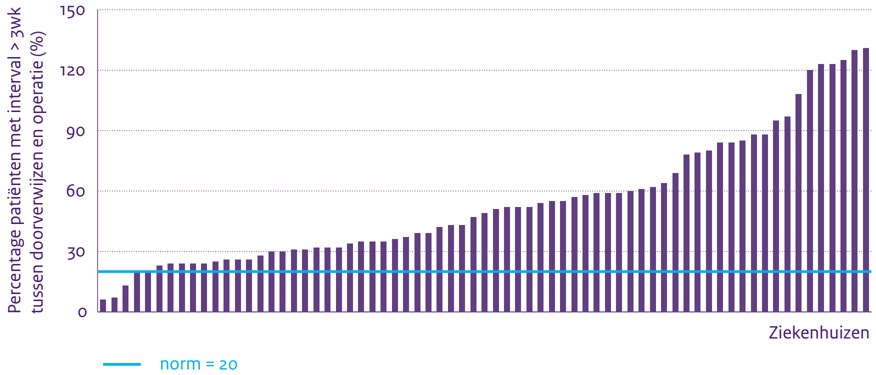
- Is dit percentage daadwerkelijk gemeten?
- Doet het ziekenhuis wel eens onderzoek naar de kwaliteit van het registreren?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de ziekenhuizen bij patiënten met een TIA?
- Hoe wordt de indicatie voor een operatie gesteld?
- Hoe verloopt de samenwerking tussen de neurologen en de vaatchirurgen?

Resultaten

Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties

Figuur 6.1.1

Aantal electieve AAA-operaties per ziekenhuis (n=69)



91 ziekenhuizen vulden de indicator in, waarvan 69 ziekenhuizen aangaven AAA-operaties te verrichten. Gemiddeld werden er 54 operaties per ziekenhuis gedaan, uiteenlopend van 6 tot 131 ingrepen per ziekenhuis. Het Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag) en het Bronovo ziekenhuis (Den Haag) gaven beiden aan 52 ingrepen te doen, maar uit de toelichting bleek dit het totaal voor beide ziekenhuizen te zijn. Ook het St. Elisabeth Ziekenhuis en het TweeSteden ziekenhuis (beiden Tilburg) leverden het aantal ingrepen samen aan, terwijl de ingrepen plaatsvonden in het St. Elisabeth Ziekenhuis[110].
3 ziekenhuizen voerden in 2013 minder dan 20 electieve AAA-operaties uit: de Ommelander Ziekenhuis Groep (Delfzijl), het Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) en het Ziekenhuis Rivierenland (Tiel). Zij voldeden hiermee niet aan de minimumnorm van 20 electieve AAA-operaties per jaar van de NVvH[111]. Deze 3 ziekenhuizen leggen hierover verantwoording af aan de inspectie. Indien zij niet kunnen aantonen aan de normen te voldoen of te gaan voldoen, moeten de ziekenhuizen stoppen met het uitvoeren van deze ingreep.

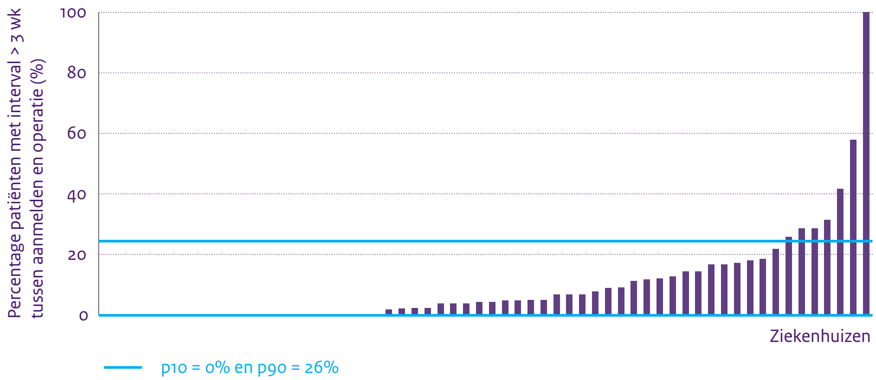
[110] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 6 ziekenhuizen cijfers dubbel aan. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

[111] Normering Chirurgische Behandelingen, versie 1.0 januari 2011. NVvH, januari 2011.

Interval bij patiënten met een TIA/herseninfarct

Figuur 6.1.2

Percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen aanmelden TIA/herseninfarct en operatie (n=60)

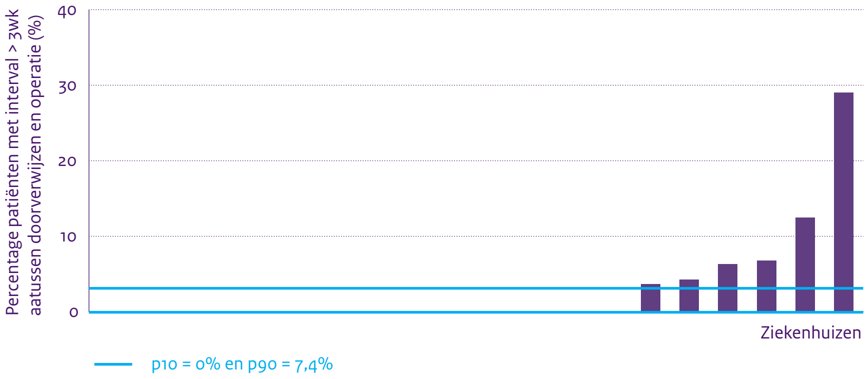


Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie (indicator A), werd door 60 ziekenhuizen aangeleverd[112]. 33 ziekenhuizen gaven aan dat er in hun ziekenhuis geen carotischirurgie werd verricht. In 22 ziekenhuizen werden alle patiënten binnen 3 weken behandeld. Het Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) behandelde in 2013 slechts 1 patiënt met een carotisendarterectomie, met een interval langer dan 3 weken, waardoor het percentage uitkomt op 100%. Gemiddeld was het interval tussen het moment van aanmelden bij de neuroloog wegens een TIA of niet-invaliderend infarct en de operatie bij 9,9% van de patiënten langer dan 3 weken. De mediaan in aantal dagen (doorlooptijd) lag gemiddeld op 11 dagen, met een maximum van 22 dagen. In het Máxima Medisch Centrum (Eindhoven en Veldhoven) had meer dan de helft van de patiënten een langere doorlooptijd dan vastgelegd in de richtlijn. Het ziekenhuis kon ook geen data aanleveren over opgetreden complicaties, alleen of patiënten postoperatief zijn overleden. Een ander ziekenhuis dat afwijkend aanleverde is het Ziekenhuis De Tjongerschans (Heerenveen). De mediaan was 20 dagen. In de toelichting gaf het ziekenhuis aan een verbetertraject gestart te zijn.

[112] Voor zover bekend bij de inspectie leverden 4 ziekenhuizen dubbel gegevens aan over deze indicator. De hier gepresenteerde cijfers zijn niet gecorrigeerd voor eventuele dubbeltellingen.

Figuur 6.1.3

Percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen doorverwijzen TIA/herseninfarct en operatie (n=20)

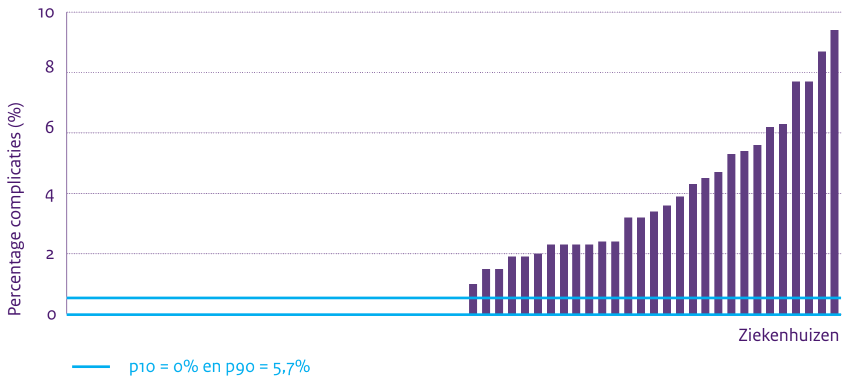


Het percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken tussen het moment van doorverwijzing wegens een TIA of niet-invaliderend infarct naar een opererend ziekenhuis (indicator B) en de operatie werd door 20 ziekenhuizen aangeleverd. Het gemiddelde percentage patiënten met een interval langer dan 3 weken lag op 3,1%. 14 ziekenhuizen gaven aan dat geen patiënten met een interval langer dan 3 weken zijn geopereerd. De mediaan in aantal dagen (doorlooptijd) lag gemiddeld op 10,6 dagen, met een maximum van 17.

Percentage complicaties

Figuur 6.1.4

Percentage complicaties na een carotisingreep (n=60)



Het percentage patiënten dat een carotisingreep ondergaat vanwege een symptomatische carotisstenose en dat hierna tijdens opname een beroerte doormaakt of overlijdt, is door 60 ziekenhuizen aangeleverd. Het Rijnland Ziekenhuis (Leiderdorp) heeft de teller van de indicator niet aangeleverd, waardoor het percentage niet berekend kon worden. Gemiddeld lag het percentage complicaties na een carotisingreep op 1,9%. Het OLVG (Amsterdam) had de meeste complicaties na carotisingrepen, namelijk 9,4%. 31 ziekenhuizen gaven aan geen complicaties geregistreerd te hebben in 2013.

Aandachtspunten bij het volume van risicovolle vaatchirurgische interventies en de daarbij horende indicatoren

Ook dit jaar bemerkt de inspectie weer dat ziekenhuizen de data omtrent de volumenormen gezamenlijk aanleveren. Dit is niet wenselijk vanuit het oogpunt van de landelijke spiegeldata en vergelijkbaarheid. Een aantal ziekenhuizen heeft aangegeven zwaarwegende redenen te hebben hun data niet afzonderlijk aan te leveren. Eén door de instellingen zelf genoemde reden daarvan is een marketingprobleem. In bepaalde regio's verwijzen huisartsen patiënten niet door naar ziekenhuizen waarvan de indruk bestaat dat zij een ingreep niet uitvoeren, maar de overige zorg rondom de ingreep wel. Door de data gezamenlijk met andere ziekenhuizen aan te leveren, zou het voor de huisarts moeilijker zijn om een patiënt direct door te verwijzen. Het is niet transparant en lijkt te wijzen op een samenwerkingsprobleem met de eerste lijn.

Concentratie speelt een belangrijke rol bij hoog-risico-laag-volume ingrepen zoals AAA-operaties. Momenteel richt de voorgeschreven volumenorm zich op indicatie (het aantal AAA-operaties) en niet op het type ingreep. Met de opmars van de laparoscopische behandeling bij AAA (EVAR) zijn aanvullende vaardigheden vereist. De inspectie heeft op dit moment geen zicht op de verdeling in de ziekenhuizen in EVAR en operatieve (open) ingrepen. Dat maakt de volumenorm in deze vorm moeilijk te interpreteren: een ziekenhuis kan de volumenorm bijvoorbeeld wel halen door veel open operaties te verrichten, terwijl ze weinig ervaring hebben met een EVAR en deze behandeling toch aanbieden. Het is zowel voor de wetenschappelijke vereniging als de toezichthouder een leerproces welk detailniveau wenselijk is in de normstelling en het toezicht op die normen. In het licht van deze ontwikkeling zal opnieuw gekeken moeten worden naar de criteria voor het uitvoeren van beide ingrepen. Hoe verschillend kunnen twee benaderingen voor hetzelfde probleem zijn, terwijl zij nog steeds onder dezelfde norm vallen? Nu het systeem van de NVvH voor het stellen van normen meer volwassen aan het worden is, moeten ook voor dit soort voorbeelden duidelijke regels worden opgesteld.

Carotis: is een traject verdeeld over twee ziekenhuizen even goed?

De indicator Interval bij patiënten met een TIA betreft een nieuwe indicator en is de eerste indicator in de set die zich richt op de samenwerking tussen twee specialisten die aansluitend aan elkaar een behandeling uitvoeren, de neuroloog en de chirurg. In de jaren tussen de eerste discussie over deze indicator en de bespreking van de eerste resultaten is een aantal zaken drastisch veranderd. Vijf jaar geleden was het lastig om af te spreken dat beide specialismen aangesproken konden worden op een resultaat van het handelen van één van de twee. Inmiddels is op verenigingsniveau vastgesteld dat beide specialismen samen verantwoordelijk zijn voor het gehele proces en daar ook gezamenlijk data beschikbaar voor moeten stellen.

Het is nog wel ingewikkeld om deze verantwoordelijkheid goed te organiseren als de twee specialisten in verschillende ziekenhuizen werkzaam zijn. Om die reden maakt de indicator het onderscheid tussen ziekenhuizen die opereren (indicator A) en ziekenhuizen die doorverwijzen (indicator B). De definiëring van de indicator waarbij patiënten het gehele

behandeltraject in hetzelfde ziekenhuis doorlopen, gaat over de periode van aanmelding bij de neuroloog tot en met het chirurgische traject, terwijl de indicator waarbij wordt doorverwezen alleen het interval van het chirurgische traject meet. Wat dan opvalt, is dat de gemiddelde mediane doorlooptijd als het gehele behandeltraject in hetzelfde ziekenhuis plaatsvindt (10,9 dagen) bijna gelijk is aan de doorlooptijd als patiënten doorverwezen worden (10,6 dagen). Dit resultaat vraagt om nader onderzoek van het verwijstraject. Gelukkig is er een kwaliteitsdatabase in ontwikkeling die hierop antwoord kan gaan geven.

Er is nog een ander probleem voor patiënten die starten in een niet-opererend ziekenhuis. In de 60 ziekenhuizen die de ingreep uitvoerden werden 1.838 ingrepen uitgevoerd bij patiënten die startten bij de eigen neuroloog. De 19 ziekenhuizen die gegevens over verwezen patiënten invoerden, meldden samen 357 verwijzingen ontvangen te hebben (uit 33 ziekenhuizen). Dit is geen bewijs dat de kans op een ingreep drie keer zo groot is als het traject start in het eigen ziekenhuis (er is natuurlijk verschil in de grootte van de ziekenhuizen), maar het verschil is wel zo groot dat een verklaring noodzakelijk is. Een goede kwaliteitsdatabase die hierbij snel met antwoorden komt is essentieel. Zonder antwoorden op korte termijn is het concentreren van het hele traject in dezelfde ziekenhuizen onvermijdelijk. Deelname aan deze registratie maakt deel uit van de basisset in 2014. Ziekenhuizen die geen carotischirurgie uitvoeren, zullen wel deel moeten nemen aan het systeem.

6.2 Cardiologie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, paragraaf 6.2 tot en met 6.4.

Indicatoren

- Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie.
- Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI).
- Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens.
- Implanteren en/of wisselen van pacemakers.

Wat zijn de risico's

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke oorzaak van sterfte en invaliditeit in Nederland. Bijna één op de drie mensen overlijdt als gevolg van hart- en vaatziekten (28% in 2012). Per dag zijn dat gemiddeld 50 mannen en 57 vrouwen[113]. Het sterftecijfer is door medisch-technologische toepassingen de afgelopen decennia aanzienlijk gedaald, maar de laatste jaren lijkt er sprake te zijn van stabilisatie zowel bij mannen als bij vrouwen en in alle leeftijdsgroepen. Door de toegenomen overlevingskans neemt de chronische ziektelast toe. Daarmee neemt het belang toe om ook te streven naar de verbetering van de zorg voor de chronische patiënt.
Patiënten met een hart- of vaatziekte hebben vaak complexe problemen waarbij verschillende specialisten betrokken zijn. Bij het beoordelen van de kwaliteit is het geheel aan zorg dat iemand nodig heeft van belang. Het gaat daarbij om de snelheid van diagnostiek en behandeling in acute situaties. Dit komt terug in de vragen bij de indicator 'Behandeling patiënten met een STEMI'. Ook gaat het om de deskundigheid van het team bij (complexe) hart- en vaatoperaties of interventies en de nazorg na hartoperaties. De indicatoren over de aneurysma-operaties, pacemakers en Implantable Cardioverter Defibrillators (ICD's) vragen hier onder meer naar. Tenslotte gaat het om de zorg voor patiënten met chronische problemen. De vragen over de polikliniek cardiologie kunnen hier inzicht in geven.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

De sterfte in het eerste jaar na het EAC voor de cardiologie is relatief hoog of laag (voor 2013: hoger dan 8,7% of lager dan 5%)

- Welk inzicht heeft de maatschap cardiologie in de populatie waaraan poliklinische zorg wordt geleverd?

---

[113] Vaartjes I, Koopman C, Dis van I, Visseren FLJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2013. Cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting, 2013.

– Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak (o.a. zorgzwaarte) en wat was de uitkomst?
– Is de praktijkvoering vergeleken met andere instellingen?
– Zijn er onderdelen van de bedrijfsvoering die verbeterd kunnen worden?
– Is het sterftecijfer bepaald met behulp van het Burger Service Nummer/Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegeven? Zo niet:
  - Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van de cijfers en wat was daar het resultaat van?
  - Hoe weet het ziekenhuis dat alle, of ten minste een groot deel van de sterfgevallen zijn opgespoord?
  - Waarom krijgt het ziekenhuis, terwijl dat wel mogelijk is, geen sluitende registratie rond?
  - Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft (DIPR, DSCA, DUCA, NBCA, blaascarcinoom, ziekenhuisinfecties, ondervoeding)?
  - Welke maatregelen heeft het ziekenhuis genomen om de zorg betreffende cardiologie intern te kunnen evalueren?
  - Kan het ziekenhuis het resultaat hiervan laten zien?

Het totaal aantal patiënten van 70 jaar en ouder dat zich in 2012 poliklinisch bij de cardioloog heeft gepresenteerd voor een EAC is relatief laag (voor 2013: minder dan 1432)
– Hoe garandeert het ziekenhuis dat de behandeling van kleine aantallen patiënten voldoet aan de standaarden van verantwoorde zorg?

In de ambulance wordt niet gestart met de medicatie relevant voor cardiale aandoeningen
– Welke afspraken zijn er over het vroeg starten van de behandeling in de ambulance (ook CVA, trauma etc. meenemen)?
– Volgens de richtlijn STEMI moet in de ambulance gestart kunnen worden met de medicatie. Wat heeft het ziekenhuis gedaan om dit beleid te implementeren?

Het ziekenhuis verricht geen PCI-procedures en het aantal STEMI patiënten dat in het ziekenhuis op de SEH of CCU is gepresenteerd is relatief hoog (voor 2013: meer dan 84)
– Welke definitie hanteert het ziekenhuis voor het ‘presenteren’ van patiënten met een STEMI op de SEH of Coronary Care Unit (CCU)?
– Welke andere delen van de richtlijn STEMI zijn niet ingevoerd in deze regio?
– Wat is daar de verklaring voor?

De verandering ten opzichte van 2012 in het aantal aangeboden STEMI patiënten op een SEH is groter dan 50%
– Wat is de verklaring voor de meer dan 50% toe- of afname van het aantal patiënten in 2013 ten opzichte van 2012?
– Welke andere onderdelen van de richtlijn STEMI zijn aangepast of behoeven aanpassing?

Het ziekenhuis is geen PCI-centrum en heeft regionale afspraken (ook met de regionale ambulance-voorziening) gemaakt waarbij snelle diagnose en transport naar een PCI-centrum voorop staan

- Welke verklaring heeft het ziekenhuis voor het relatieve hoge aantal STEMI-patiënten dat in het ziekenhuis op de SEH of de CCU is gepresenteerd?
- Welke functie heeft het presenteren van patiënten met STEMI op de SEH door een ambulance?
- Wat voor regionale afspraken zijn er gemaakt over STEMI en over (directe) verwijzing van andere risicovolle spoedeisende ingrepen, zoals een aneurysma dat dreigt te barsten?
- Hoe bewaakt en evalueert het ziekenhuis deze afspraken? Welke afspraken zijn er met de regionale ambulancedienst over feedback?
- Wat is de gemiddelde en wat is de maximale duur van verblijf op de SEH van moment van binnenkomst tot moment van vertrek?
- Wat is het interval van deur tot diagnose[114]?
- Wat is de procedure als patiënten met een STEMI zich presenteren of gepresenteerd worden op de SEH of CCU?
- Hoe bewaakt en evalueert het ziekenhuis deze procedure?

Het ziekenhuis verricht geen PCI-procedures en het verschil tussen het aantal patiënten met een STEMI gepresenteerd op de SEH of CCU en het aantal patiënten dat is vervoerd naar een PCI centrum is relatief groot (voor 2013: meer dan 55)

- Welke definitie hanteert u voor het ‘presenteren’ van patiënten met een STEMI op de SEH of CCU?
- Hoe bewaakt het ziekenhuis de indicatiestelling voor een PCI?
- Heeft het ziekenhuis onderzocht waarom relatief veel patiënten niet voor een acute PCI worden doorverwezen, terwijl dat volgens de richtlijn de behandeling van eerste keuze is?
- Is bekend wat de uitkomst is in deze patiëntengroep, o.a. in cardiale functie?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten, echter in het centrum participeren minder dan 4 interventiecardiologen in de ‘acuut infarct zorg’

- In de Volume Normen Cardiologie[115] voor PCI-procedures staat: “Bij de opstart van een centrum dienen tenminste 2 interventiecardiologen verbonden te zijn aan de instelling waar de ingrepen plaatsvinden. Dit aantal dient binnen 2 jaar uitgebouwd te worden naar 4 interventiecardiologen.” Hoe zorgt het ziekenhuis ervoor dat het hieraan voldoet en wanneer is dat voltooid?

[114] Zie voor intervallen p. 2577: ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal (2012) 33, 2569–2619.

[115] Volume normen cardiologie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie; juni 2011.

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is gestorven is relatief hoog of laag (voor 2013: meer dan 3,3%, of minder dan 0,9%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaak (o.a. zorgzwaarte) en wat was daar de uitkomst van?
- Is er een vergelijking gemaakt binnen de landelijke database (CIDR)?
- Hoe worden complicaties geanalyseerd?
- Is de sterfteregistratie volledig?
  - Zo ja: Hoe, hoe gaat het ziekenhuis om met patiënten die in een reanimatiesetting worden binnengebracht?
- Hoe volgt het ziekenhuis patiënten die na een PCI zijn overgeplaatst naar een ander ziekenhuis?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon time is relatief kort (voor 2013: minder dan 15 minuten)

- Hoe heeft het ziekenhuis de *door-to-needle* of *door-to-balloon time* bepaald?
- Hoe waarborgt het ziekenhuis een zorgvuldige voorbereiding op de PCI?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon time is relatief lang (voor 2013: meer dan 43 minuten)

- In de 'ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation' staan acceptabele delaytijden genoemd (pag. 2577)[114]. Hoe waarborgt het ziekenhuis een tijdige PCI?
- Welke maatregelen gaat het ziekenhuis nemen om de gemiddelde *door-to-needle* of *door-to-balloon time* te verkorten?

Het ziekenhuis verricht PCI-procedures bij STEMI-patiënten en had een steekproef nodig om de gemiddelde door-to-needle of door-to-balloon time te bepalen

- Welke informatie heeft het ziekenhuis wèl standaard beschikbaar omtrent de beheersing van het PCI-proces?

Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers of ICD's niet systematisch via DIPR (Dutch ICD and Pacemaker Registry) of een eigen registratie en/of gebruikt deze registratie niet voor de evaluatie van de zorg

- Op welke wijze voldoet het ziekenhuis aan de landelijke normen op het gebied van registratie en analyse?
- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van het inbrengen van pacemakers of ICD's?
- Hoe evalueert het ziekenhuis de kwaliteit van de gebruikte implantatiematerialen?
- Wat is het beleid met betrekking tot landelijke registraties en het gebruik van benchmarkgegevens?
- Zijn er andere kwaliteitsregistraties waarbij het ziekenhuis achterblijft of niet aan deelneemt aan de landelijke registratie (DSCA, DUCA, NBCA, blaascarcinoom, ziekenhuisinfecties, ondervoeding)?

Het ziekenhuis implanteert relatief veel of weinig conventionele pacemakers (A) (voor 2013: meer dan 218 of minder dan 67)

- Hoeveel cardiologen zijn betrokken bij het implanteren van pacemakers?
- Vallen onder pacemakers ook implanteerbare looprecorders?

Het ziekenhuis heeft een vergunning voor het implanteren van ICD's. Het implanteert minder dan 120 CIED's (Cardiovascular Implantable Electronic Device: ICD of pacemaker), waarvan minimaal 60 ICD's (Implantable Cardioverter Defibrillator), waarvan minimaal 20 biventriculaire ICD's

- Staat het ziekenhuis op de zogenoemde witte lijst[116] van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC)?
- Voert het ziekenhuis deze verrichting nog steeds uit?
  - Zo ja: Hoe gaat het ziekenhuis voldoen aan de norm?
  - Zo nee: Op welke wijze bouwt het ziekenhuis de functie af?

Het totaal aantal ICD's (C+D) is relatief hoog (voor 2013: meer dan 383)

- Welk deel van de patiënten is afkomstig van buiten het eigen ziekenhuis (bijvoorbeeld: bovenregionale functie)?
- Hoe zijn de afspraken voor controle? Is het controlerende ziekenhuis bevoegd (witte lijst)?
- Op welke wijze wordt de indicatiestelling bewaakt?

Het percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief hoog (voor 2013: meer dan 5,8%)

- Welk onderzoek heeft het ziekenhuis gedaan naar de oorzaken hiervan en wat was daarvan de uitkomst?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Zijn er infectiepreventiemaatregelen genomen?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (DIPR)?
- Wanneer wordt de raad van bestuur op de hoogte gesteld van een complicatiepercentage? Zijn daar afspraken over?
- Welke maatregelen neemt het ziekenhuis om de resultaten te verbeteren?

Het percentage interventies na een pacemakerimplantatie is relatief laag (voor 2013: minder dan 1,1%)

- Welke analyse is uitgevoerd op de gegevens?
- Welk deel van de interventies wordt veroorzaakt door een infectie? Zijn er infectiepreventiemaatregelen genomen?
- Hoe verhoudt het ziekenhuis zich tot de landelijke norm (DIPR)?

---

[116] Op dit moment bestaat er een 'Witte lijst'voor PCI-centra en een 'Witte lijst' voor ICD-centra (https://www.nvvc.nl/richtlijnen/witte-lijsten). Centra die op deze lijst staan voldoen aan alle eisen van de vereniging voor wat betreft kwaliteit (zoals geformuleerd in de richtlijnen).

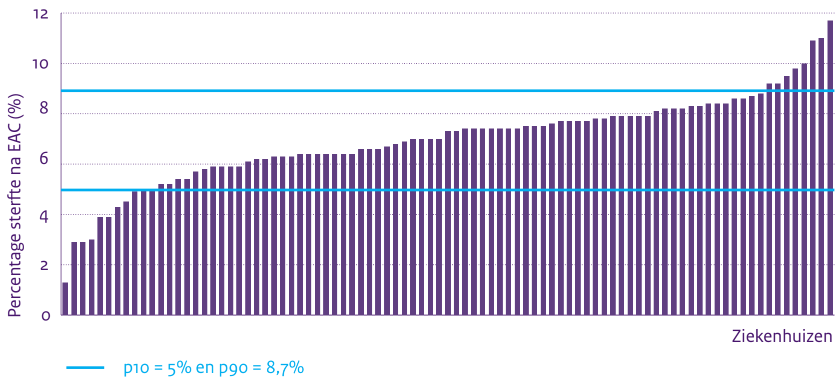
– Hoe (systematisch) is de follow-up georganiseerd?
  - Welke groepen worden wel/niet in de follow-up betrokken?
  - Wie verzorgt de nazorg voor groepen die niet in de follow-up zitten?
– Worden complicaties tijdens de follow-up ook bijgehouden?

Resultaten

Sterfte na eerste consult

Figuur 6.2.1

Percentage sterfte van patiënten ouder dan 70 in het jaar na EAC (n=89)



De sterfte na het eerste administratieve consult (EAC)[117] op de polikliniek cardiologie is door 89 ziekenhuizen aangeleverd. Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse) leverde de indicator niet aan, omdat de indicator van toepassing was op data uit voorgaande jaren en het ziekenhuis pas sinds 25 juni 2013 bestaat. Het Franciscus Ziekenhuis (Roosendaal) gaf aan geen data aan te leveren door de overgang naar een nieuw EPD waardoor de data onbetrouwbaar was geworden. Gemiddeld was de sterfte na een EAC 7%, met een spreiding van 1,3% tot 11,7%. Dit gemiddelde is gelijk aan het gemiddelde van 2012, met een kleine afname in de spreiding. VieCuri Medisch Centrum (Venlo) en Tergooi (Hilversum) bepaalden het percentage sterfte na EAC niet aan de hand van het aantal geregistreerde overledenen in de Gemeentelijke Basisadministratie. Deze ziekenhuizen zijn dus niet in staat om betrouwbare mortaliteitsgegevens te verzamelen.

[117] Er is sprake van een eerste polikliniekbezoek wanneer een patiënt voor de eerste maal een medisch specialist van een poortspecialisme met een zorgvraag consulteert. Er mag wederom (voor deze patiënt) een eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd indien in de twaalf maanden voorafgaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

Behandeling patiënten met een ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI)

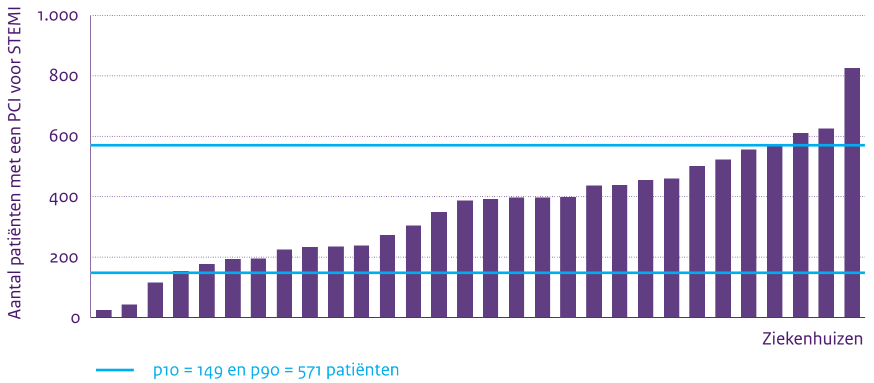
Alle 91 ziekenhuizen waarop de indicator van toepassing is, gaven aan dat er in de regio schriftelijke afspraken zijn voor de zorg voor patiënten met een acuut infarct waarbij snelle diagnose en transport naar een PCI-centrum voorop staan. Deze ziekenhuizen gaven ook alle aan dat er bij deze afspraken een regionale ambulancedienst betrokken was. Op het Franciscus Ziekenhuis (Roosendaal) na, vulden alle ziekenhuizen ook in welke regionale ambulancedienst dit betrof. Alle ziekenhuizen gaven aan dat reeds vanuit de ambulance contact is met het PCI-centrum. Met uitzondering van het Spijkenisse Medisch Centrum (Spijkenisse) en Waterlandziekenhuis (Purmerend), gaven ook alle ziekenhuizen aan dat in de ambulance werd gestart met relevante medicatie.

In 61 ziekenhuizen werden geen PCI-procedures uitgevoerd. 30 ziekenhuizen gaven aan PCI-procedures te verrichten, ook bij patiënten met een STEMI. Deze ziekenhuizen beschikten alle over een WBMV-vergunning en voerden gemiddeld 357 PCI-procedures uit bij patiënten met een STEMI, met een spreiding van 24 tot 825. Dit is een daling ten opzichte van 2012 (gemiddeld 405 patiënten per ziekenhuis). 2 ziekenhuizen gaven aan patiënten met een STEMI alleen te behandelen tijdens kantooruren (Atrium MC en Tergooi Hilversum). Het Atrium MC (Heerlen, Brunssum en Kerkrade) gaf aan vanaf september 2013 acute PCI's 24x7 uit te voeren en dat dit alleen in de overgangsfase tijdens kantooruren werd gedaan. Zij gaven niet aan waar de patiënten tot die tijd buiten kantooruren terecht konden. Gemiddeld participeerden 5 interventiecardiologen in de 'acuut infarctzorg' van een centrum. Het aantal interventiecardiologen moet volgens de richtlijn minimaal 4 zijn[118]. 2 ziekenhuizen voldeden in 2013 niet aan deze norm: Tergooi (Hilversum en Blaricum) en VieCuri Medisch Centrum (Venlo en Venray). Alleen het Tergooi (locatie Hilversum) is bekend als startend centrum. De inspectie stelt vragen hierover aan het VieCuri ziekenhuis voorafgaande aan het jaargesprek.

[118] Volume normen cardiologie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie; juni 2011.

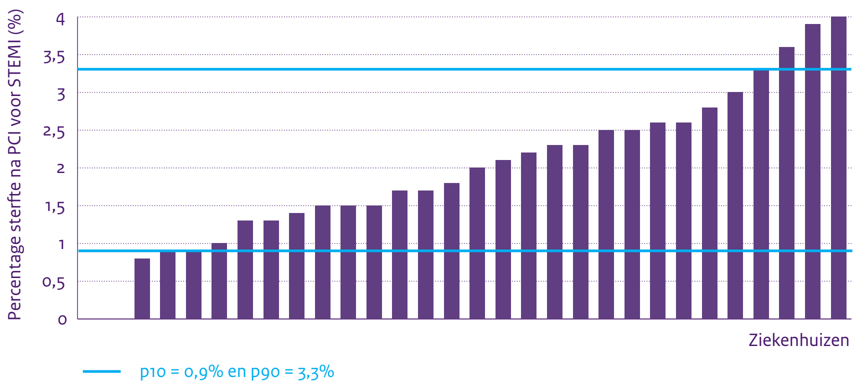
Figuur 6.2.2

Aantal patiënten met een PCI voor STEMI (n=30)



Figuur 6.2.3

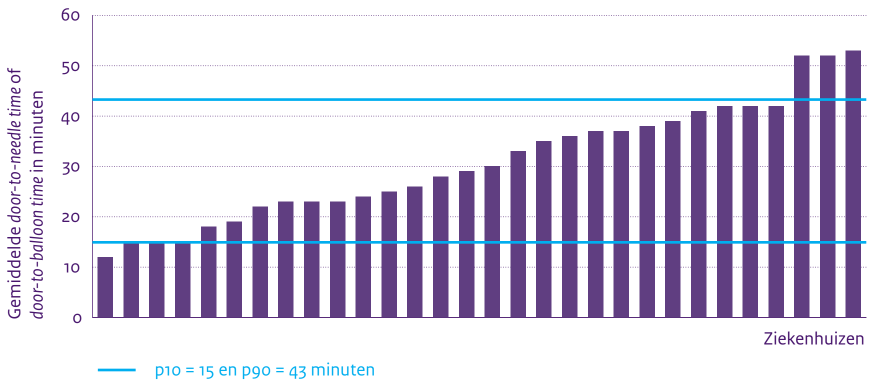
Percentage sterfte na een PCI voor STEMI (n=30)



Het percentage patiënten dat na PCI voor STEMI is overleden (exclusief patiënten die na reanimatie en voorafgaand aan de PCI zijn overleden) was gemiddeld 2%, met een spreiding van 0% tot 4%. Dit is een afname ten opzichte van 2012, toen de gemiddelde sterfte nog 2,4% was. In 2013 werd er voor het eerst onderscheid gemaakt in ziekenhuissterfte en 30-dagen mortaliteit. 18 ziekenhuizen leverden hun sterfte op basis van de 30-dagen mortaliteit aan, de gemiddelde 30-dagen mortaliteit bedroeg 2,2%. 12 ziekenhuizen leverden de sterfte op basis van de ziekenhuissterfte aan, gemiddeld was de sterfte in deze groep 1,6%.

Figuur 6.2.4

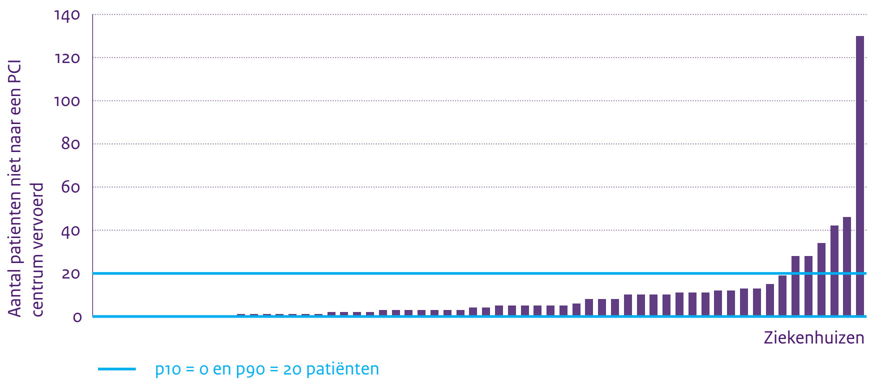
Gemiddelde *door-to-needle time* of *door-to-balloon time* in minuten (n=30)



Alle 30 PCI-centra leverden de *door-to-needle* of *door-to-balloon time* aan, 7 ziekenhuizen gebruikten hiervoor een steekproef. Gemiddeld was de *door-to-needle* of *door-to-balloon time* 31 minuten, uiteenlopend van 12 tot 53 minuten.

Figuur 6.2.5

Aantal patiënten niet naar een PCI-centrum vervoerd (n=60)



Alle 63 ziekenhuizen die geen patiënten met STEMI behandelden, hadden schriftelijk vastgelegde afspraken met een regionaal PCI-centrum voor de behandeling van patiënten die zich in het eigen ziekenhuis meldden met een acuut myocardinfarct. Ook hadden alle ziekenhuizen interne afspraken gemaakt om vertragingen in het begin van de behandeling

van patiënten met een acuut infarct te voorkomen. Alleen het Spaarne Ziekenhuis (Hoofddorp en Heemstede) en het Slotervaartziekenhuis (Amsterdam) gaven aan dat er geen regionale ambulancedienst betrokken was bij de afspraken met het regionale PCI-centrum.
In totaal presenteerden 2.458 patiënten met een STEMI zich op de SEH's of CCU's van de ziekenhuizen die geen patiënten met een STEMI behandelden. Gemiddeld waren dit 41 patiënten per ziekenhuis, uiteenlopend van 4 tot 155. In 2012 heeft de inspectie hier veel aandacht aan besteed tijdens het jaargesprek. Toen was het totaal 3.548 patiënten. Van de in totaal 2.458 patiënten met een STEMI werden 1.889 (77%) vervoerd naar een PCI-centrum. Gemiddeld werden 9 patiënten met een STEMI niet doorverwezen naar een PCI-centrum, met een spreiding van 0 tot 130 patiënten. In de toelichting gaven ziekenhuizen hiervoor o.a. als verklaring dat deze patiënten al teveel vertraging hadden, dat de patiënten in een te slechte conditie voor een PCI waren of dat patiënten geen interventie wensten. De uitschieter van 130 patiënten is afkomstig van het Waterlandziekenhuis (Purmerend). Het ziekenhuis geeft hiervoor geen verklaring. De inspectie heeft hierover vragen gesteld. In 11 ziekenhuizen werden alle patiënten doorverwezen (variërend van 4 tot 50 patiënten per ziekenhuis).

In 2013 werden in 2 ziekenhuizen in totaal 2 STEMI patiënten met trombolyse behandeld. Alleen het Röpcke Zweers (Hardenberg) en De Tjongerschans (Heerenveen) hadden beide 1 STEMI patiënt met trombolyse behandeld.

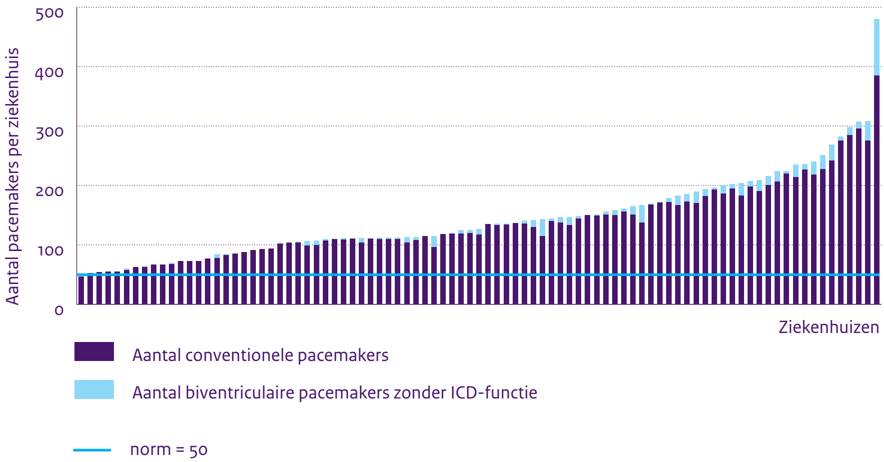
Evaluatie na inbrengen pacemakers

Evaluatie van het inbrengen van pacemakers: deelname aan systematische registratie van gegevens

Van de 91 ziekenhuizen verrichtten er in 2013 89 pacemakeroperaties. 80 ziekenhuizen (89,9%) gaven aan voor de registratie van het aantal ingebrachte pacemakers gebruik te maken van de landelijke database DIPR. 4 ziekenhuizen (4,5%) gebruikten een eigen registratie met externe standaard en 5 ziekenhuizen (5,6%) gebruikten een eigen registratie en maakten geen gebruik van een externe standaard. Van deze 5 ziekenhuizen gaven er 4 aan wel gegevens te toetsen aan de hand van externe referenties. Deelname aan de landelijke registratie is gewenst voor de NVvC. Met name voor het signaleren van problemen en daaropvolgende *recalls* (het door de leverancier terughalen van een hulpmiddel) is het deelnemen aan een landelijke registratie van belang.

Figuur 6.2.6

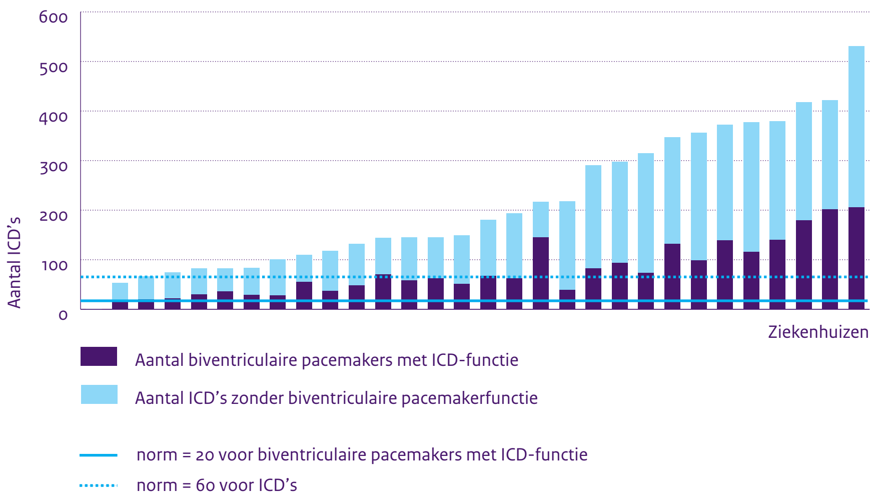
Aantal pacemakers per ziekenhuis (n=89)



In 2013 werden 12.889 pacemakers geïmplanteerd in 89 ziekenhuizen, waarvan 680 biventriculaire pacemakers. Per ziekenhuis werden gemiddeld 137 conventionele en 11 biventriculaire pacemakers zonder ICD-functie geïmplanteerd. In 62 ziekenhuizen werden zowel de conventionele als de biventriculaire pacemakers geïmplanteerd en/of verwisseld.
Het aantal geïmplanteerde biventriculaire pacemakers zonder ICD-functie liep uiteen van 0 tot 95, voor de conventionele pacemakers van 47 tot 385 pacemakers.
Het aantal geïmplanteerde pacemakers komt overeen met het aantal in 2012 (11.997 conventionele pacemakers, 662 biventriculaire pacemakers).

Figuur 6.2.7

Aantal ICD's (n=30)

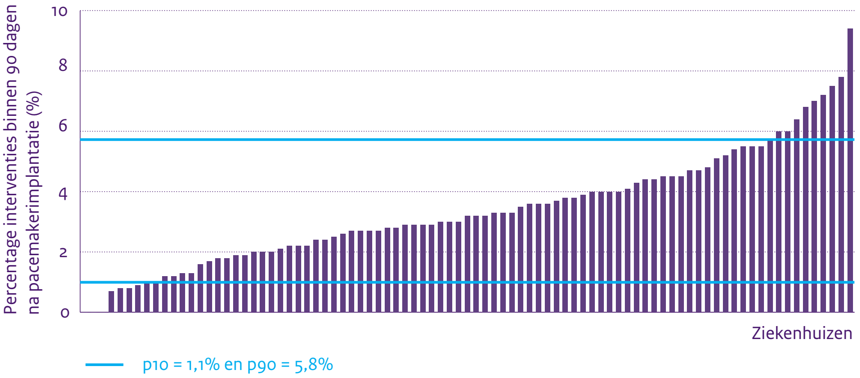


In totaal werden in 2013 6.402 ICD's geïmplanteerd in 30 centra, waarvan 4.066 ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie en 2.336 biventriculaire pacemakers met ICD functie. Het Ziekenhuis St. Jansdal (Harderwijk) antwoordde dat het ICD's implanteerde, maar vulde als aantal 0 in.
Gemiddeld werden per ziekenhuis 136 (mediaan 93) ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie en 78 (mediaan 62) biventriculaire pacemakers met ICD-functie geïmplanteerd. De norm van de beroepsgroep stelt dat elk ICD-centrum per jaar minimaal 120 CIED's moet implanteren, waarvan 60 ICD's en waarvan 20 biventriculaire ICD's.
Ook zijn deze centra verplicht tot deelname aan de DIPR.
In 2013 implanteerde alleen het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (Amsterdam) minder dan 60 ICD's. Alle centra implanteerden zowel de biventriculaire pacemakers met ICD-functie als de ICD's zonder biventriculaire pacemakerfunctie. Het AMC (Amsterdam) was het enige ziekenhuis dat alleen in een eigen systeem registreerde. Alle ziekenhuizen voldeden aan de norm om minimaal 120 CIED's te implanteren.

Het aantal geïmplanteerde ICD's is ten opzichte van 2012 weer iets toegenomen (6.139 in 2012) en het aantal centra dat implanteert is afgenomen (n=31 in 2012). Ook het aantal centra dat niet registreerde in DIPR is afgenomen (n=5 in 2012).

Figuur 6.2.8

Percentage interventies binnen 90 dagen na pacemakerimplantaties (n=87)



Van de 89 ziekenhuizen die pacemakers implanteerden, hebben 87 ziekenhuizen het percentage interventies binnen 90 dagen na implantatie ingevuld. In 3 ziekenhuizen waren geen interventies gepleegd: Deventer Ziekenhuis, Lievensberg Ziekenhuis (Bergen op Zoom) en Zuwe Hofpoort Ziekenhuis (Woerden). Het Elkerliek Ziekenhuis (Helmond) en Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (Goes en Vlissingen) hadden wel pacemakers geïmplanteerd, maar geen informatie aangeleverd over het percentage interventies.
Gemiddeld werd bij 3,4% (mediaan 3,2) van de patiënten binnen 90 dagen na de pacemakerimplantatie een interventie gepleegd. Dit percentage liep uiteen van 0% tot 9,4%.

In 23 ziekenhuizen werden de interventies geregistreerd in een systeem naar eigen ontwerp, in 19 ziekenhuizen betrof het een eigen registratie met externe standaard en in 47 ziekenhuizen (53%) werd DIPR gebruikt. Er waren 11 ziekenhuizen die hun gegevens niet toetsten aan externe gegevens. Deelname aan de landelijke registratie is belangrijk voor het opsporen en adequaat behandelen van problemen bij deze implantaten.

Het percentage interventies is ten opzichte van 2012 afgenomen, met name als gekeken wordt naar de uitschieters (in 2012; gemiddeld 3,8%, maximum 16,4% en P90 6,2%).

Aandachtspunten voor de cardiologie en de daarbij horende indicatoren

De lessen van 5 jaar mortaliteit na de polikliniek

De indicator Sterfte in het jaar na eerste administratieve consult (EAC) op de polikliniek cardiologie is nog steeds relevant, maar komt toch te vervallen in de basisset 2015. De indicatordefinitie kan verschillend geïnterpreteerd en mogelijk op verschillende manieren gemeten worden, waardoor het moeilijk is om de kwaliteit van de zorg op de polikliniek te spiegelen.
De indicator Sterfte in het jaar na eerste administratieve consult (EAC) op de polikliniek cardiologie is in de afgelopen jaren aanleiding geweest tot veel discussies tijdens jaargesprekken van de inspectie met de ziekenhuizen. Opvallend is dat veel ziekenhuizen een vraag van de inspectie om analyse van een hoge *relatieve* sterfte beantwoorden met een analyse van de *eigen* sterfte. Daarbij wordt steevast vastgesteld dat de overleden patiënten oud zijn, of in ieder geval ouder dan de algemene populatie van het ziekenhuis. Wat in deze analyses altijd ontbreekt is een antwoord op de vraag waarom er in het betreffende ziekenhuis meer patiënten overlijden dan in een ander ziekenhuis. Er is duidelijk een gebrek aan kennis bij cardiologen over het analyseren van gegevens uit eigen praktijk in relatie tot andere praktijken. Daarbij is er overigens duidelijk geen gebrek aan inzet, gezien het grote aantal statusonderzoeken dat wordt uitgevoerd. Uit de analyses naar aanleiding van de indicator blijkt verder dat ziekenhuizen vrijwel altijd aangeven dat de meeste patiënten aan andere oorzaken zijn overleden dan louter cardiologische aandoeningen. Dit is de keerzijde van het punt dat regelmatig aan de orde komt bij het bespreken van problemen bij kwetsbare ouderen. In een oudere kwetsbare groep zal slechts een klein deel van de patiënten maar één aandoening hebben. In 2012 was de primaire doodsoorzaak bij 'maar' 27% van de patiënten cardiaal[119]. Een voorbeeld hiervan is het Refaja Ziekenhuis, dat aangeeft dat slechts 36% van de sterfte cardiaal was als toelichting bij een relatief hoge sterfte (8,4%). Het is goed dat het ziekenhuis zich hiervan bewust is, maar de constatering dat de cardiale sterfte 30% hoger is dan de algemene populatie is een onvoldoende verklaring voor een relatief hoge sterfte. Ook hier geldt dat er bij ziekenhuizen en cardiologen nog onvoldoende kennis is over het analyseren en toelichten van gegevens.

Toen de NVvC deze indicator voorstelde was een van de doelstellingen de eigen beroepsgroep te stimuleren na te denken over de eigen patiëntendoelgroep. Dat doel is deels bereikt, maar voor verder resultaat is een andere benadering noodzakelijk. Een ander doel was het komen tot een beter systeem voor het volgen van trends in de sterfte. Nu op 2 ziekenhuizen na iedereen in staat is om gegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) te gebruiken, is dat doel vrijwel bereikt. Uitdaging is nu om deze mogelijkheid goed te gebruiken, bijvoorbeeld door het kiezen van een homogene patiëntengroep die eenvoudiger te interpreteren is.

[119] Data CBS 2012.

Het einde van de indicatoren gericht op de polikliniek?

Poliklinische zorg vormt een groot en belangrijk deel van de zorg, 80-90% van alle patiëntencontacten zijn poliklinisch. De handelingen die op de polikliniek plaats (kunnen) vinden, worden steeds complexer en daarmee risicovoller. De NVvC verdient een compliment voor de eerste poging om deze zorg in beeld te brengen door middel van een indicator. Het is essentieel om de ontwikkeling van poliklinische indicatoren voort te zetten.

Minder tussenstops op de SEH bij STEMI, maar de vragen blijven

Vorig jaar is aandacht besteed aan de route die patiënten met een STEMI afleggen tijdens het transport naar het centrum waar een PCI kan worden uitgevoerd. De aanleiding was dat 30% van de patiënten niet volgens de richtlijn direct naar het PCI-centrum werd vervoerd, maar eerst aangeboden op een tussenliggende SEH. De inspectie (en de NVvC) vonden dit een dermate ernstig signaal dat de inspectie hier tijdens de jaargesprekken veel aandacht aan heeft besteed. In 2013 is het aantal patiënten gedaald, maar nog steeds hoog. Ook zijn er nog steeds grote verschillen tussen ziekenhuizen. De reactie van de NVvC laat zien dat zowel de beroepsgroep als de toezichthouder achter de ontwikkeling van deze indicator stonden, beide hebben er belang bij dat patiënten verantwoorde zorg ontvangen, zeker wanneer deze duidelijk gedefinieerd is in de richtlijn. Ook zien beide het nut van het analyseren en aanpakken van deze situatie. Er zijn op het moment van publicatie vergevorderde plannen voor het uitvoeren van een project met dit doel.

Snelle verandering belangrijk, maar ook interessant voor een toezichthouder

Vorig jaar viel op dat er grote onderlinge verschillen waren tussen ziekenhuizen in het zorgpad van STEMI-patiënten. Daarbij was een van de opvallendste ziekenhuizen het Zaans Medisch centrum (ZMC), waarbij in 2012 meer dan 250 patiënten volgens de data eerst naar een tussenliggende SEH werden vervoerd en in 2013 nog maar 24. Het ZMC heeft geen verklaring voor deze grote verandering gegeven. Het Waterlandziekenhuis meldt een toename van 90% van het aantal patiënten met een STEMI die niet worden doorverwezen voor een PCI (van 70 in 2012 (=P98), naar 130 in 2013 (=P100)). Het voorgaande laat zien dat het ook wenselijk is om ziekenhuizen waarbij sprake is van plotselinge trendbreuken op te nemen in de analyse. Een dergelijk signaal wordt (natuurlijk) met het ziekenhuis besproken. Het is belangrijk om te weten waar dit een indicatie voor is.

6.3 Thoraxchirurgie

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, paragraaf 6.6.

Indicatoren

- Deelname landelijke risico-gewogen mortaliteitsregistratie NVT.
- Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft.
- Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis.

Wat zijn de risico's

De thoraxchirurgie is een hoog-volume-hoog-risico proces, waaraan dit jaar voor het eerst inhoudelijk aandacht wordt besteed in de basisset. Primair punt van orde daarbij is de mate van inzicht die een instelling heeft in de eigen gegevens. Voorwaarde daarvoor is een adequate deelname aan de landelijke database. Inzicht in het eigen complicatiepercentage wordt zichtbaar via onder meer het percentage sternumwond problemen. Zicht krijgen op de mate waarin ontwikkelingen worden gevolgd is de reden om het gebruik van de internal mammary artery (arteria mammaria interna) na een primair geïsoleerde CABG uit te vragen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis voldoet niet op vier deadlines aan de kwaliteitscriteria voor de risico-gewogen mortaliteitsregistratie

- Hoe vaak voldeed het ziekenhuis niet aan de deadlines sinds de start van de deelname?
- Welke eisen stelt de raad van bestuur aan de kwaliteit van deelname aan landelijke registraties?

Het percentage patiënten dat een internal mammary artery als graft na een primair geïsoleerde CABG heeft ontvangen is relatief laag of relatief hoog (in 2013: lager dan 94,8% en hoger dan 98%)

- Wat is het beleid van het ziekenhuis ten aanzien van de keuze om een internal mammary artery als graft te gebruiken bij patiënten met een primaire geïsoleerde CABG?
- Wat is het beleid van het ziekenhuis rond het invoeren van nieuwe chirurgische technieken?

Het percentage diepe sternumwondproblemen (mediastinitis) is relatief hoog of relatief laag (in 2013: meer dan 1,6% of minder dan 0,4 %

- Heeft het ziekenhuis de definitie gehanteerd zoals geformuleerd door de NVT?
- Welke analyse heeft het ziekenhuis uitgevoerd?
  - Welke verklaring heeft het ziekenhuis voor het hoge of lage percentage patiënten met diepe sternumwondproblemen?
  - Wat is het beleid t.a.v. surveillance?
  - Hoe is het beleid ten aanzien van infectiepreventie?
- Welke maatregelen treft het ziekenhuis om het aantal problemen te beperken?

Resultaten

Deelname landelijke risico-gewogen-mortaliteits registratie NVT

Figuur 6.3.1

Kwartalen voldaan aan mortaliteitsregistratie NVT (n=16)

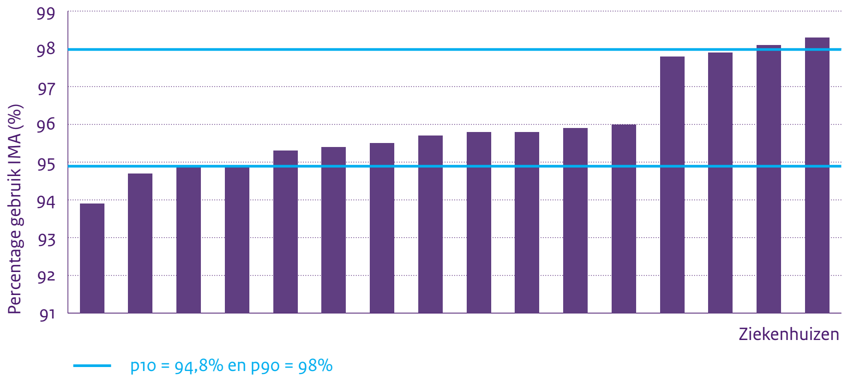


De indicator over de deelname aan de landelijke risico-gewogen mortaliteitsregistratie NVT is voor het eerst uitgevraagd in 2013. Er waren in 2013 16 ziekenhuizen die hartchirurgie uitvoerden. 15 ziekenhuizen gaven aan te voldoen aan de kwaliteitscriteria voor de risico-gewogen mortaliteitsregistratie (90% van de data volledig ingevuld op 3 maanden na afsluiten van het kwartaal) van alle vier de deadlines in het verslagjaar van de NVT. Het Catharina Ziekenhuis (Eindhoven) antwoordde aan geen van de deadlines te voldoen en gaf hiervoor geen verklaring. Dit wordt met het ziekenhuis besproken.

Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft na een primair geïsoleerde CABG

Figuur 6.3.2

Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft (n=16)



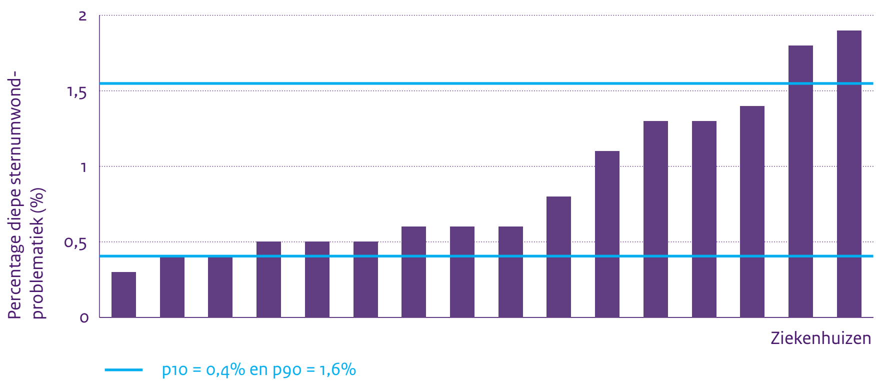
Ook de indicator Percentage gebruik van de internal mammary artery als graft na een primair geïsoleerde CABG is nieuw. In 2013 hebben 17 ziekenhuizen bypassoperaties (CABG) uitgevoerd bij in totaal 7.910 patiënten. Gemiddeld kregen 494 patiënten een primaire

geïsoleerde CABG, uiteenlopend van 312 tot 824 patiënten. Bij gemiddeld 96% van de patiënten met een primaire geïsoleerde CABG werd een internal mammary artery (IMA) als graft gebruikt. Er zitten geen grote uitschieters in de data, waardoor geconcludeerd kan worden dat het toepassen van een IMA-graft in Nederlandse ziekenhuizen de norm is.

Percentage diepe sternumwondproblemen, mediastinitis

Figuur 6.3.3

Percentage diepe sternumwondproblematiek, mediastinitis (n=16)



16 ziekenhuizen voerden in 2013 openhartoperaties uit. In totaal waren dat 16.246 openhartoperaties, gemiddeld 1.015 per ziekenhuis met een spreiding van 560 tot 2.013 operaties. Bij gemiddeld 0,9% van de geopereerde patiënten kwam diepe sternum-wondproblematiek (mediastinitis) voor tijdens de opname, uiteenlopend van 0,3% tot 1,9%. Ook deze indicator was nieuw in 2013.

Aandachtspunten voor de thoraxchirurgie en de daarbij horende indicatoren

Eén van de leerpunten in het ontwikkelproces van een indicator is dat de uitslag van een indicator nog moet differentiëren aan het eind van het eerste jaar waarover de meting gaat. Door het gebruik van de indicatoren in de set is het inmiddels duidelijk dat zij een sterke invloed hebben op het element waar de indicator naar kijkt. Een effectieve indicator is bijna per definitie een tijdelijke indicator. Daarmee wordt ook sinds 2011 rekening gehouden in het ontwikkelproces. Eén van de belangrijkste vragen aan een wetenschappelijke vereniging die met een indicatorvoorstel komt is: Welke ontwikkeling wil de vereniging hiermee in gang zetten? Wat hierbij opvalt is dat zowel de wetenschappelijke vereniging als ook de inspectie slecht in kunnen schatten hoe snel de indicator is uitgewerkt. Uitgewerkt betekent in deze context, dat alle uitslagen 100% scoren, of er geen significante uitschieters meer zijn. Soms is dat geen probleem. De verwachting van de NVvH is bijvoorbeeld dat de toekomstige indicator over één contactpersoon voor een oncologische patiënt bij borst- of dikke darmkanker niet zal differentiëren. Dat is geen probleem, omdat er wel discussie is met andere groepen over de haalbaarheid van het invoeren van die contactpersoon. Publiek vaststellen dat het hebben van één contactpersoon voor borst- of dikke darmkanker wel kan, is dan waardevol, waarna ook aandacht gegeven zal moeten worden aan het beoogde effect.

Het duidelijkste voorbeeld van dit algemene principe in de set van 2013 is de indicator in dit hoofdstuk over het gebruik van een specifieke slagader. Het beoogde doel van de indicator was het gebruik van deze slagader als nieuwe ontwikkeling te stimuleren. De inspectie besteedt dan bij achterblijvende instellingen aandacht aan de snelheid van invoering van alle nieuwe technieken. De indicator was afkomstig uit een al eerder opgestelde registratie van de thoraxchirurgen. Er was dus (niet publieke) data beschikbaar over de uitgangs-situatie. Een vraag die ter evaluatie gesteld kan worden: Wat was het ontwikkelpotentieel op het moment van het vaststellen van de publieke indicator? En als dat ontwikkelpotentieel wel aanwezig was: Op welk moment startte de verandering van de werkwijze?

Die laatste vraag is ook relevant voor het model van de basisset. Door de vragen die bij de inspectie binnenkomen is ook zichtbaar dat ziekenhuizen al tijdens het ontwikkel- en invoeringstraject van de indicator veranderingen doorvoeren. Mogelijk zouden die veranderingen binnen een kleine beroepsgroep snel genoeg kunnen zijn om voltooid te zijn vóór aanvang van het registratiejaar. Iets dergelijks was ook zichtbaar bij de indicator voor de radiotherapie. Wellicht zijn binnen een kleine groep andere indicatoren geschikter. Op het moment dat het proces goed te overzien is, kunnen uitkomstindicatoren wellicht sneller gekoppeld worden aan het gedrag dat heeft geleid tot die uitkomst. Ook de basisset is een lerend systeem; rond het omgaan met indicatoren is nog voldoende te leren.

Waarom publieke gegevens meenemen in de basisset?

Eén van de verheugende veranderingen in het ziekenhuislandschap is de toegenomen beschikbaarheid van publieke data. Ook de thoraxchirurgen maken meer informatie beschikbaar. Veel van de chirurgische kwaliteitsregistraties zijn hier ook actief mee bezig. Toch blijven er redenen om dit soort gegevens op te nemen in een basisset van de inspectie. Het is al lang duidelijk dat het grootste probleem van transparantie niet de beschikbaarheid van gegevens is, maar de zinnige interpretatie van de gegevens door de gebruiker. Via de basisset geeft de inspectie ook aan dat dit de gegevens zijn waarover de inspectie met het ziekenhuis en de zorgverleners in gesprek zal gaan. Juist op het moment dat de hoeveelheid data toeneemt is het intelligent focussen op belangrijke gegevens essentieel.

7 Infectieziekten

U vindt de omschrijving van het aandachtsgebied infectieziekten en de indicatoren die hierbij een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen 2013, hoofdstuk 7.

Infectieziekten vormen een belangrijke groep ziekten voor de zorg en daarmee voor de toezichthouder. In de eerste plaats zijn ze een belangrijke oorzaak van mortaliteit en (verhoogde) morbiditeit. Ondanks preventieve maatregelen en antibiotica zijn ziektebeelden zoals sepsis en pneumonie gevaarlijke aandoeningen. Dit hoofdstuk gaat zowel over infecties die patiënten opdoen in het ziekenhuis (zorginfecties), die per definitie zorgen voor een verhoogde morbiditeit zoals bijvoorbeeld longontsteking tijdens beademing, als infecties die patiënten opdoen in de gemeenschap, bijvoorbeeld community acquired pneumonia (CAP). Los van de plaats waar de patiënt de infectie heeft opgedaan, binnen of buiten het ziekenhuis, zijn er gemeenschappelijke factoren in de bevattelijkheid van patiënten voor een infectie en in de herkenning, behandeling, bestrijding en preventie ervan. Een infectie is veelal gevaarlijker voor kwetsbare (oudere) patiënten. Daarnaast geldt voor infectieziekten dat enerzijds snelle diagnose en adequate behandeling nodig is, maar ook maatregelen om besmetting te voorkomen. Een generiek probleem van infectieziekten is dat de behandeling met anti-microbiële middelen leidt tot resistentie tegen deze middelen. Het hoofdstuk richt zich op deze gemeenschappelijke aspecten.

1 *Wat is de lerende organisatie?*
   Voor het behandelen (in de ruimste zin van het woord) van alle opgetreden infecties bestaat hetzelfde soort proces, al is de organisatievorm waarin die behandeling geleverd wordt soms anders. Vaste onderdelen daarvan zijn:
   a Een opsporings- of surveillancesysteem
   b Diagnostiek, waarin vaak een classificatiesysteem is opgenomen (voor de CAP, de PSI en de AMBU-65 en voor de verschillende types zorginfecties volgens de CDC-NNIS classificatie). Een verantwoord kweekbeleid is onderdeel van de diagnostiek
   c Therapie, die afhankelijk van het type infectie kan bestaan uit antibiotica, verwijderen van geïnfecteerd materiaal (verwijderen van abcessen), (her)operatie) of ondersteunende maatregelen (beademing bij een ernstige pneumonie)
   d Maatregelen om verspreiding van de infectie tegen te gaan

2 *Wat is het leerdoel?*
   In alle gevallen is het doel om de infectie zo snel mogelijk op te sporen en adequaat te behandelen met de passende middelen en juist gebruik van met name antibiotica. Tegelijkertijd moet men zorgen dat het micro-organisme zich niet naar andere patiënten kan verspreiden. Dat wil zeggen dat men ook overdracht naar en daardoor dragerschap bij andere patiënten moet voorkomen. Dit is de enige groep ziekten waarbij het nodig kan zijn om de bron van de verwekker op te sporen.

3 *Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling?*
   In het algemeen: Voor snelle diagnose, behandeling en verzorging van de individuele patiënt zijn de betrokken huisarts, medisch specialisten, behandelaars en

verpleegkundigen verantwoordelijk. Voor de juiste, toegesneden microbiële diagnostiek is de arts-microbioloog verantwoordelijk. Voor de behandeling is de behandelaar verantwoordelijk. De eventuele therapie met anti-microbiële middelen stelt de behandelaar in, in overleg met de arts-microbioloog en/of internist-infectioloog. De behandelaar volgt hierbij het vigerende antibioticabeleid in het ziekenhuis. Dit antibioticabeleid wordt bepaald door een daartoe aangesteld team, met daarin de verschillende deskundigheden.

De specifieke verantwoordelijkheidsverdeling is afhankelijk van het type infectie. Voor de basisset is het voorbeeld van de detectie en behandeling van ernstige sepsis belangrijk: de afdelingsverpleegkundige en zaalarts zijn verantwoordelijk voor de snelle herkenning, ondersteund door een spoedinterventieteam (SIT) (VMS-thema Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt). De intensivist is bij het SIT verantwoordelijk voor de eerste opvang en diagnostiek, ondersteund door de medisch microbioloog voor het kweekbeleid. De intensivist is ook verantwoordelijk voor de therapie, met ondersteuning van de internist-infectioloog, en ook weer ondersteund door de microbioloog voor passende antibiotica. Afhankelijk van de focus zijn hier andere specialismen, zoals de chirurg, bij betrokken. Als de patiënt de ziekte kan verspreiden zijn microbioloog en ziekenhuishygiënist verantwoordelijk voor het isolatiebeleid. De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) coördineert de ontwikkeling van een indicator op dit gebied, in vervolg op de VMS-thema voor behandeling van ernstige sepsis.

4 *Wat zijn de relevante normen?*

In het algemeen: De normen zijn deels afhankelijk van het ziektebeeld en/of de verwekker en deels generiek. Zo zijn er richtlijnen voor de vroege herkenning van sepsis en CAP, voor de behandeling van gecompliceerde urineweginfecties of bacteriële infecties van het centraal zenuwstelsel, of voor de specifieke diagnostiek van bijzonder resistente micro-organismen. Daarnaast zijn er richtlijnen op het gebied van hygiëne en het voorkomen van de verspreiding van micro-organismen in algemene zin. De normen zijn gesteld op basis van procesmaten (op basis van de richtlijnen) en indicatoren. De richtlijnen worden gemaakt door de relevante wetenschappelijke verenigingen en commissies: Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM), Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB), Werkgroep Infectiepreventie (WIP) et cetera.

Voor het specifieke voorbeeld sepsis zijn de betreffende normen:

a Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt en de behandeling van ernstige sepsis zijn beschreven in de VMS-bundels[120,121]
b Het management van sepsis is beschreven in de richtlijn van de NVIC[122]

[120] VMS bundel 'voorkomen van lijnsepsis en behandeling van ernstige sepsis'.

[121] VMS bundel 'Vroege herkenning en behandeling van de vitaal bedreigde patiënt'.

[122] Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012, critical care medicine, February 2013; 41;2;580-637.

   c Het antibioticabeleid inclusief kweken in de SWAB richtlijn sepsis[123]
   d Richtlijnen voor isolatie van de WIP[124]

5 *Welke informatie is beschikbaar?*
   De informatie is afhankelijk van het type/soort infectie.
   a In de basisset is informatie opgenomen over de risico-inschatting en de snelheid van behandeling van de buiten het ziekenhuis ontstane longontsteking (CAP)
   b Een aantal indicatoren is op landelijk niveau geaggregeerd beschikbaar in PREZIES. Ziekenhuizen hebben toegang tot hun eigen gegevens
   c In de set voor 2016 worden indicatoren verwacht voor de screening van sepsis (NVIC). Dit is een voortzetting van het VMS-programma Behandeling van ernstige sepsis
   d Diverse rapportages van de inspectie geven inzicht in verschillende onderdelen van de zorg op het gebied van infectieziekten in de ziekenhuizen

Vóór het einde van het VMS-programma was afgesproken dat zo veel mogelijk VMS-thema's onderdeel zouden worden van de basisset. Een deel van de modules, zoals het omgaan met kwetsbare ouderen, was al beschikbaar in de basisset. In de afgelopen jaren zijn de vragen over de modules die buiten de basisset zijn gebleven als aparte module naast de basisset uitgevraagd. Hierover rapporteerde de inspectie in 'De veiligheid telt'. De modules zijn stapsgewijs doorontwikkeld en opgenomen in de basisset, in 2015 is bijvoorbeeld de module Medicatieverificatie opgenomen. Voor 2016 en verder wordt gewerkt aan het overnemen van de module voor sepsis. Daarin zijn vele van de bovengenoemde onderdelen verwerkt. Aan het onderdeel tijdige herkenning en behandeling wordt gewerkt door de NVIC. Kernpunt daarbij is het tijdig screenen van patiënten met een acute IC indicatie op tekenen van een zich ontwikkelende sepsis. Volgens de NVIC komt het nu nog te vaak voor dat patiënten pas bij aankomst op de IC gescreend worden. Kostbare tijd gaat zo verloren. Het is de bedoeling dat deze screening plaatsvindt vóórdat de patiënt wordt overgeplaatst naar de IC. Op die manier wordt ook gestimuleerd dat zorgverleners zich bewust zijn van het risico op sepsis. Met het ontwikkelen van het vervolg op het VMS-thema Sepsis is de laatste module die nu ontwikkeld kan worden opgenomen. De uitvraag van de aparte veiligheids-indicatoren is daarmee komen te vervallen. De module over contrastmiddelgebruik bij nierinsufficiëntie volgt later, op het moment dat essentieel onderzoek is afgerond.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond infectieziekten?

Zie hiervoor de specifieke hoofdstukken 7.1 Ziekenhuisinfecties en 7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia).

[123] SWAB guidelines for Antibacterial therapy of adult patients with Sepsis, December 2010.

[124] http://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep_Infectie_Preventie_WIP (geraadpleegd op: 3 december 2014)

7.1 Ziekenhuisinfecties

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 7.1.

Indicator

- Surveillance van ziekenhuisinfecties.

Wat zijn de risico's

Ziekenhuizen moeten verantwoorde zorg leveren. Daarbij hoort ook het beschermen van patiënten tegen bedreigingen die samenhangen met de behandeling en het verblijf in het ziekenhuis, zoals ziekenhuisinfecties. In 2012 kreeg zo'n 4% van de patiënten te maken met een zorginfectie en van alle geopereerde patiënten had ongeveer 3% een postoperatieve wondinfectie[125]. Preventie van ziekenhuisinfecties moet daarom onderdeel uitmaken van elk veiligheidsprogramma. Ziekenhuisinfecties zijn niet altijd te voorkomen. Het registreren van ziekenhuisinfecties en risicofactoren, en het periodiek analyseren van die gegevens kan bijdragen aan het opsporen van mogelijke oorzaken van ziekenhuisinfecties en vervolgens tot het nemen van verbetermaatregelen om infecties verder te beperken.
De indicator richt zich op de surveillance. Onder surveillance verstaat de inspectie het systematisch verzamelen en analyseren van gegevens en op basis daarvan gericht handelen. Als het ziekenhuis één van deze onderdelen mist, heeft het hele systeem minder nut.
De inspectie beschouwt de surveillance als één van de pijlers van een goed infectiepreventiebeleid. Gebruik van de modules van PREZIES is hierbij de standaard[126].
Ziekenhuisinfecties komen in verschillende typen voor, met verschillende oorzaken, uitmondend in verschillende analyses en acties. Daarom vraagt de inspectie naar de verschillende typen surveillance van ziekenhuisinfecties. Het ziekenhuis maakt de keuze welke surveillance het best past bij het in beeld brengen van de risico's in het eigen ziekenhuis.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis voert één type surveillance van ziekenhuisinfecties uit

- Hoe is de keuze voor dit type surveillance tot stand gekomen?
- Welke risico's heeft het ziekenhuis afgewogen?
- Indien een prevalentie studie is uitgevoerd: welke resultaten hebben tot deze keuze geleid?

---

[125] Hopmans TEM, Greeff SC de. Hoe vaak komen zorginfecties voor en neemt dit toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM; 23 september 2013.

[126] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Infectiepreventie in ziekenhuizen. Hiaat tussen kennis en gedrag. IGZ; Den Haag; 2004.

– Heeft het ziekenhuis wel eens andere typen van surveillance uitgevoerd?
    - Zo ja: Wanneer en met welk resultaat?
    - Welk beleid, bij voorkeur vastgelegd in een beleidsplan, ligt ten grondslag aan deze keuze?
  - Hoe houdt het ziekenhuis zicht op andere infectierisico's?
  - Wie ontvangt een rapportage binnen de instelling?
  - Wat was het doel van de surveillance en de eventueel uitgevoerde interventie?
    - Is dat doel bereikt? Zo ja: Waar blijkt dat uit?
    - Zo nee: Heeft het ziekenhuis hier een verklaring voor? Hoe gaat het ziekenhuis hier mee om?

Het ziekenhuis voert alle typen surveillance uit
– Hoe komt de keuze voor het uitvoeren van een surveillance tot stand?
– Indien het ziekenhuis surveilleert via PREZIES:
  - Zijn het proces en de uitkomst door PREZIES gevalideerd?
  - Heeft het ziekenhuis in 2013 een terugrapportage ontvangen van PREZIES?
  - Wat was het doel van de surveillance en de eventueel uitgevoerde interventie?
    - Is dat doel bereikt? Zo ja: Waar blijkt dat uit?
    - Zo nee: Heeft het ziekenhuis hier een verklaring voor? Hoe gaat het ziekenhuis hier mee om?

Het ziekenhuis neemt deel aan PREZIES, maar stuurt geen data in of de data zijn niet geaccepteerd
– Wat heeft inzending van de data in 2013 verhinderd?
– Waarom zijn de data niet geaccepteerd?
– Hoe spiegelt het ziekenhuis zich aan referentiedata en wat is daar het resultaat van?

Het ziekenhuis voert alleen een prevalentiemodule uit, waarbij wordt bekeken of een patiënt in een bepaalde periode een infectie heeft
– Op welke wijze komt het ziekenhuis aan voldoende gegevens voor het uitvoeren van interventies?
– Wanneer voert het ziekenhuis een incidentiemeting uit, waarbij de patiënt gedurende de opname én na ontslag wordt onderzocht op het optreden van nieuwe ziekenhuis-infecties?

Resultaten

In 2013 voerden 93 ziekenhuizen een surveillance uit voor ziekenhuisinfecties. 1 ziekenhuis gaf aan dat vanaf 2014 de surveillance van PREZIES ingevoerd zou worden (gekoppeld aan het EPD) en dat infecties wel werden geregistreerd in de complicatieregistratie. Een ander ziekenhuis gaf als toelichting dat de surveillance niet van toepassing was. Indien aan de orde werden infecties geregistreerd in het verpleegkundig dossier. Alle ziekenhuizen gaven aan een incidentie-, of een prevalentiemeting te hebben uitgevoerd in 2013.

Tabel 7.1.1

Aantal ziekenhuizen met incidentie- en/of prevalentiemetingen per type surveillance (n=97)

Surveillance	Postoperatieve wondinfecties		Centrale lijn gerelateerde sepsis		Wondinfecties na hartchirurgie	
	Incidentie	Prevalentie	Incidentie	Prevalentie	Incidentie	Prevalentie
Alleen PREZIES (waarvan geen cijfers aangeleverd)	68 (0)	51 (0)	46 (2)	39 (0)	7 (0)	9 (0)
Via PREZIES en eigen meting	11	2	2	4	1	0
Alleen eigen meting	11	7	25	2	6	1
Geen metingen	7 (incl. n.v.t n=1)	37 (incl. n.v.t. n=8)	24 (incl. n.v.t. n=3)	52 (incl. n.v.t. n=8)	83 (incl. n.v.t. n=79)	87 (incl. n.v.t. n=84)

Surveillance postoperatieve wondinfecties

Van de 97 ziekenhuizen had 92,8% een incidentiemeting voor postoperatieve wondinfecties. De meeste ziekenhuizen hadden alle patiënten, die daarvoor in aanmerking kwamen, geïncludeerd waardoor het gemiddelde uitkwam op 97,7%. Er waren 15 ziekenhuizen die niet alle patiënten hadden meegenomen in de meting variërend van 58,8% tot 98,1%.

Bijna tweederde (61,9%) van de ziekenhuizen voerde ook een prevalentiemeting postoperatieve wondinfecties uit. Ook voor de prevalentiemeting werden bijna alle relevante patiënten geïncludeerd (96,5%). Er waren 4 ziekenhuizen die een klein deel van de patiënten in de meting hadden ingesloten, variërend van 26,5% tot 29,6%.
In 53 ziekenhuizen volgden acties naar aanleiding van de uitkomsten van de surveillance over postoperatieve wondinfecties. In 84,9% van die ziekenhuizen hadden de acties het gewenste effect. In 1 ziekenhuis was er niet het beoogde effect en 6 ziekenhuizen hadden zonder toelichting ‘n.v.t.’ ingevuld.

Surveillance centrale lijn gerelateerde sepsis

Driekwart (75,3%) van de 97 ziekenhuizen had een incidentiemeting voor centrale lijn gerelateerde sepsis. De meeste ziekenhuizen hadden alle patiënten die daarvoor in aanmerking kwamen geïncludeerd met een gemiddelde van 90,9%. Er waren 15 ziekenhuizen die niet alle patiënten hadden ingesloten, variërend van 0% tot 98,1%.
Bijna de helft van de ziekenhuizen voerde een prevalentiemeting centrale lijn gerelateerde sepsis uit en gemiddeld werd 96,5% van de relevante patiënten geïncludeerd. 4 ziekenhuizen maten slechts een klein deel van de patiënten, variërend van 1,4% tot 5,8%. 2 van deze ziekenhuizen gaven hiervoor geen toelichting.

In 35 ziekenhuizen volgden acties naar aanleiding van de uitkomsten van de surveillance over centrale lijn gerelateerde sepsis, en in 31 (88,6%) van die ziekenhuizen leidden de acties tot het gewenste effect. In 1 ziekenhuis bleef het gewenste resultaat uit en in 3 ziekenhuizen had men ‘n.v.t.’ ingevuld waarvan 1 ziekenhuis aangaf in 2014 te gaan evalueren.

Surveillance wondinfecties na hartchirurgie

In 7 ziekenhuizen werd de incidentiemeting van wondinfectie na hartchirurgie gemeten met PREZIES. 1 ziekenhuis gebruikte een eigen meting én PREZIES. Gemiddeld werd informatie over de incidentie van wondinfectie na hartchirurgie van 96,7% van de hartchirurgische patiënten gemeten (mediaan 100%). Er waren 9 ziekenhuizen die de prevalentie van wondinfecties na hartchirurgie in PREZIES bijhielden en 1 ziekenhuis deed dit met een eigen meting. De ziekenhuizen gaven aan de prevalentie voor alle patiënten te meten. In 5 ziekenhuizen werden naar aanleiding van de surveillance interventies uitgevoerd met in 4 ziekenhuizen het gewenste resultaat.

8 ziekenhuizen namen aan geen enkele van de uitgevraagde modules voor de prevalentie- of incidentiemeting van PREZIES deel. Het aantal ziekenhuizen dat geen prevalentie- en incidentiemetingen doet neemt af, behalve voor de centrale lijn gerelateerde sepsis. In 2013 hadden 7 ziekenhuizen meer geen incidentiemeting centrale lijnsepsis uitgevoerd (n=24 in 2013, n=17 in 2012).

Aandachtspunten voor surveillance van ziekenhuisinfecties en de daarbij horende indicator

Meten is weten; maar meten we voldoende?

Het doel van de indicator is om te stimuleren dat ziekenhuizen zorginfecties beter gaan surveilleren. Dat wil zeggen in de cyclus van: registreren, analyseren, zo nodig verbeteren, registreren, analyseren enzovoorts. Dat doel is gehaald voor wat betreft het registreren: alle ziekenhuizen hebben een vorm van prevalentie- of incidentiemeting ingevoerd. Dit geldt niet voor de volgende stap, namelijk het interpreteren en analyseren van de gegevens om met gerichte acties de zorg daadwerkelijk te verbeteren. Deelname aan PREZIES betekent namelijk niet dat ook werkelijk data wordt aangeleverd[127]. Daarnaast worden niet alle patiënten geïncludeerd in de meting en ook worden niet alle data goedgekeurd door PREZIES (validatie). Het niet of incompleet aanleveren van data speelt vooral bij de surveillance van lijnsepsis. De vraag is in hoeverre ziekenhuizen de informatie gebruiken om te sturen op verbeteringen en of zij hier een bewuste keuze hebben gemaakt. Tegelijkertijd is het opmerkelijk dat een ziekenhuis wel middelen inzet om informatie te verzamelen, maar de informatie niet gebruikt om zich aan de landelijk incidentie/ prevalenties te spiegelen en als daar aanleiding voor is maatregelen te nemen om te verbeteren.

Ziekenhuizen kiezen veelal nog traditioneel voor de surveillance van postoperatieve wondinfecties bij orthopedie. De jarenlange surveillance (inclusief verbeteracties) heeft er uiteindelijk toe geleid dat het verschil tussen hoogste en laagste incidentie heel klein is geworden. Alle inspanningen om hier verder op te surveilleren draagt nog nauwelijks bij aan het verbeteren van de veiligheid van de orthopediepatiënten. Het zou wenselijk zijn om de surveillance op andere onderwerpen te richten.
Een surveillance waarbij de bandbreedte nog groot is levert ziekenhuizen meer inzicht doordat zij zich de vraag kunnen stellen: ‘Hoe en wat kunnen we leren van ziekenhuizen met een lage incidentie? Welke maatregelen kunnen we vervolgens nemen om de incidentie te verlagen en daarmee de veiligheid voor de patiënten te verbeteren?’

[127] http://www.rivm.nl/Onderwerpen/P/PREZIES

7.2 Pneumonie (Community Acquired Pneumonia)

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 paragraaf 7.2.

Indicatoren

- Gebruik scoresysteem Community Acquired Pneumonia (CAP).
- Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP.

Wat zijn de risico's

CAP is een veel voorkomende aandoening met een hoge mortaliteit en morbiditeit, met name bij ouderen[128]. Vroegtijdige herkenning van een bacteriële infectie en tijdige en gepaste toediening van antibiotica is van groot belang voor de kwaliteit van de behandeling van ernstige infectieziekten en dus ook van CAP. Het is ook een voorbeeld van beheerste spoed. Het direct geven van antibiotica zonder goede diagnostiek lost te vaak het probleem niet op en brengt zelf ook weer risico's met zich mee. Onvoldoende behandelresultaat, onnodige bijwerkingen, extra kosten en uiteindelijk een toename van antimicrobiële resistentie van micro-organismen zijn daar voorbeelden van. De 'ernst van ziekte' bij een patiënt met een pneumonie is essentieel bij het kiezen van de optimale initiële behandelstrategie. De aanwezigheid van een hoge ernst-van-ziekte score heeft ook consequenties voor de optimale plaats van behandeling en de in te zetten diagnostiek.
De inspectie beschouwt dit als een indicator voor de kwaliteit van de interne geneeskunde en de longgeneeskunde. In de huidige basisset zijn meer indicatoren opgenomen voor het operatief proces dan voor de beschouwende delen van de gezondheidszorg. Dat heeft ook tot gevolg dat de inspectie bij opvallende uitslagen meer aanvullend onderzoek zal moeten doen. Voor de inspectie is een indicatie voor het gebruik van een scoresysteem om de ernst van de ziekte in te schatten ook belangrijk, omdat de uitslag een beeld geeft van de adequate behandeling van infectieziekten. Daarnaast geeft de indicator inzicht in het functioneren van de afdeling spoedeisende hulp (SEH) en de medicatieprocessen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

In het ziekenhuis wordt gebruik gemaakt van een gevalideerd scoresysteem om de ernst van de ziekte bij patiënten met CAP bij opname in te schatten, echter dit gebeurt slechts soms (0-30% van de patiënten)

- Welke criteria hanteert het ziekenhuis voor het gebruik van een gevalideerd scoresysteem?
- Op welke wijze evalueert het ziekenhuis de zorg voor spoedeisende patiënten?

[128] Bjerre LM, Verheij TM, Kochen MM. Antibiotics for community acquiered pneumonia in adult out-patients. Cochrane Database Syst Rev 2009;(4):1-43.

Het ziekenhuis geeft relatief weinig patiënten binnen vier uur na opname op de IC antibiotica (voor 2013 minder dan 84,7%)

- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis in 2014 dat patiënten tijdig antibiotica ontvangen?
- Heeft het ziekenhuis gedefinieerd in welke gevallen het resultaat van kweek kan worden afgewacht?
- Hoe registreert het ziekenhuis de tijdige toediening? Hoe houdt het ziekenhuis zicht op de volledigheid van de registratie?
- Evalueert het ziekenhuis het antibioticabeleid?
- Wat is het beleid ten aanzien van het vragen van advies aan deskundigen op het gebied van antibioticumbeleid (arts -microbioloog, infectioloog, apotheker)?
- Heeft het ziekenhuis inzicht in de redenen waarom de antibiotica niet aan alle patiënten tijdig is toegediend? Evalueert het ziekenhuis dit?
- Is de uitkomst van dit proces geëvalueerd?

Het ziekenhuis geeft 100% van patiënten binnen vier uur na opname op de IC antibiotica profylaxe

- Is dit daadwerkelijk gemeten? Zo nee:
  - Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis dat patiënten tijdig antibioticaprofylaxe ontvangen? Heeft het ziekenhuis gedefinieerd in welke gevallen het resultaat van kweek kan worden afgewacht?
  - Evalueert het ziekenhuis het antibioticabeleid?
  - Evalueert het ziekenhuis de uitkomst?

Resultaten

Alle 92 ziekenhuizen[129] maakten in 2013 gebruik van een gevalideerd scoresyseem (PSI score of AMBU-65 score) om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij opname in te schatten.
Ook gaven de meeste ziekenhuizen (94,6%) aan dat zij het scoresysteem 'meestal' (bij 60% tot 100% van de patiënten) bij elke nieuwe patiënt met CAP afnamen en de score vastlegden in het patiëntendossier. In 2 ziekenhuizen deed men dit 'vaak' (bij 30% tot 60% van de patiënten) en in 2 ziekenhuizen 'soms' (bij 0% tot 30% van de patiënten). De Tjongerschans (Heerenveen) gaf aan de score nooit vast te leggen en zich te beraden op het in te voeren scoresysteem.

[129] 3 categorale ziekenhuizen tellen hier niet mee.

Figuur 7.2.1

De mate waarin het ziekenhuis de score bij een patiënt met CAP afneemt en vastlegt in het patiëntendossier (n=92)



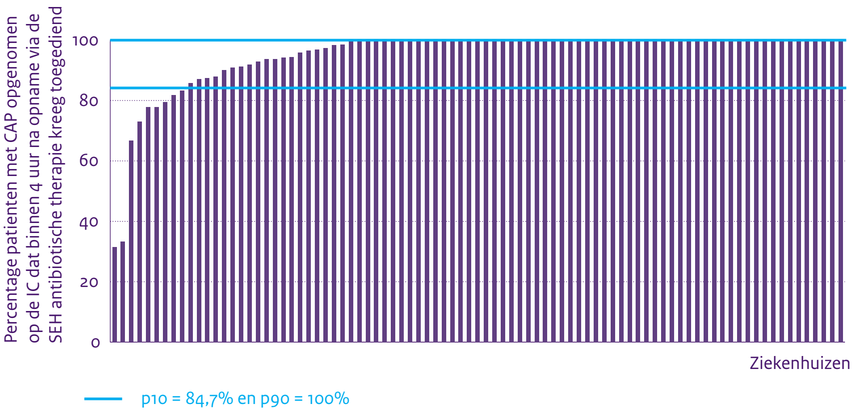
Deze indicator werd in 2012 voor het eerst uitgevraagd: in dat jaar hadden 4 ziekenhuizen nog geen gevalideerd scoresysteem ingevoerd. Nu hebben ook deze 4 een scoresysteem. De Tjongerschans (Heerenveen) is het enige ziekenhuis dat zich nog aan het oriënteren is op het in te voeren systeem. Het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) en het Scheper Ziekenhuis (Emmen) gaven aan zelden gebruik te maken van een scoringssysteem. Het Albert Schweitzer gaf aan dat de opvang van deze groep patiënten valt onder het protocol voor de opvang van patiënten met sepsis. Er is dus geen aparte beoordeling. Het ziekenhuis beschikt daarmee volgens eigen oordeel over een sluitend systeem voor de tijdige toediening van antibiotica. Het resultaat van de indicator Tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP past hierbij. Alle 60 patiënten met ernstige CAP kregen tijdig antibiotica toegediend. Ook het aantal ziekenhuizen dat de informatie meestal vastlegt in het patiëntendossier is toegenomen (90% in 2012).

De tijdige toediening van antibiotica bij patiënten met ernstige CAP was een vernieuwde indicator in de basisset van 2013. Het is een voortzetting van de facultatieve CAP indicator die voor het laatst is uitgevraagd in 2011. In het afgelopen jaar werden in totaal 2.148 patiënten met CAP opgenomen op de IC van 88 ziekenhuizen. Van deze patiënten ontving gemiddeld 95,1% binnen 4 uur na opname via de SEH antibiotica. Dit percentage verschilde sterk tussen ziekenhuizen, van 31,5% tot 100% van de patiënten. Van de ziekenhuizen die relatief weinig patiënten binnen 4 uur behandelden, gaf alleen het Amphia Ziekenhuis een toelichting (31,5%): zij wilden eerst de uitslag van de bacteriologische kweek afwachten voordat antibiotica werd toegediend.
Uit toelichtingen van enkele ziekenhuizen blijkt dat antibiotica standaard werd toegediend op de IC of soms al eerder (SEH, ambulance).
Er is een opvallend grote spreiding in aantallen patiënten, van 1 (Diaconessenhuis, Leiden) tot 91 patiënten (Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam). Er is geen correlatie tussen de grootte van het ziekenhuis (en het verzorgingsgebied) en het aantal patiënten. In 2010/11 is deze indicator ook uitgevraagd, maar dan zonder de beperking van alleen IC-patiënten.
Er werden toen data van 17.515 en 19.057 patiënten opgenomen uit 64 van de 67 ziekenhuizen. Doel van de aanpassing was het aantal patiënten waarover data werd verzameld en het ongericht gebruik van antibiotica te verminderen. De inspectie vond het toen belangrijk om de indicator te beperken tot patiënten met een daadwerkelijke spoedindicatie voor antibiotica. Op het moment dat de pneumonie zo ernstig is dat een IC-opname is geïndiceerd, is het toedienen van antibiotica ook geïndiceerd, na snelle

afname van een kweek. Longartsen en internisten zagen bij de algemene indicator het risico dat al gestart zou worden met antibiotica zonder adequate diagnose en kweek. Dit kan ook gebeuren bij een ernstige CAP, maar is dan acceptabeler gezien het patiëntrisico.

Figuur 7.2.2

Percentage patiënten met CAP opgenomen op de IC dat binnen 4 uur na opname via de SEH antibiotische therapie kreeg toegediend (n=88)



Aandachtspunten voor pneumonie en de daarbij horende indicatoren

Ziekenhuizen blijken in staat in relatief korte tijd gevalideerde screeningsinstrumenten in te voeren. Dat zal mede te danken zijn aan de voortschrijdende automatisering en digitalisering van dossiers.
De vraag is in welke mate *alle* nieuwe patiënten met CAP beoordeeld worden aan de hand van dit instrument: ligt dit dichter bij de 60% of bij de 100%? Voor alle screeningsinstrumenten geldt dat het uitvragen geen doel op zich is, maar dat het erom gaat of men op basis van de uitkomst juist handelt.

Een van de manieren om dat na te gaan is de omvang van de algemene groep CAP patiënten te vergelijken met de patiënten met ernstige CAP. Gemiddeld genomen is de algemene groep (19.000, 67 instellingen) zeker 8 keer zo groot als de groep met ernstige CAP (ongeveer 2150, 88 instellingen). Er is dus een duidelijke reductie in het aantal patiënten, die lijkt te passen bij een risicoselectie.
Een volgende stap is om na te gaan of ziekenhuizen de scores monitoren: hoe handelt men bij opvallende bevindingen? En welke maatregelen volgen uit de scores: kiest men de juiste behandeling passend bij de ernst van de ziekte?

Balanceren bij het beleid voor de groep patiënten met een ernstige longontsteking

Het doel van de verandering van de indicator was het selecteren van een groep patiënten waarbij afwachten ongewenst was. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) was beducht voor het onbeheerst voorschrijven van antibiotica en vond dat een belangrijke reden om de groep patiënten ernstig te beperken (zie *Het resultaat telt 2010*, blz.145). Het blijft wenselijk om een goed kweekbeleid te voeren.

Te langzaam?

Op het eerste gezicht lijkt de verklaring van het Amphia Ziekenhuis voor de opvallende score redelijk. Het is belangrijk om eerst te kweken. Als echt eerst de uitslag van deze kweek zou worden afgewacht, zou dat tot een te grote vertraging leiden en past de uitslag van 31,5% bij die vertraging.
In 2010 had het ziekenhuis ook een soortgelijke verklaring bij het niet aanleveren van de data. Het was toen bezorgd over ongericht antibioticagebruik en leverde daarom alleen data aan over de populatie en niet over het aantal tijdig behandelde patiënten. Het ziekenhuis is dus zeker consistent in zijn bezorgdheid.

Toch vindt de inspectie deze toelichting ook zorgelijk. Het past bij het beeld dat het ziekenhuis zelf geen onderzoek doet naar de oorzaak van de vertraging. De richtlijn is op dit punt heel duidelijk: ‘For patients with severe CAP admitted through the emergency department (ED), the first antibiotic dose should be administered within 4 hours of

presentation and preferably while still in the ED'[118]. Een ziekenhuis dat hier meestal niet aan kan voldoen, zal een (betere) verklaring moeten geven. Daarmee zegt de inspectie overigens niet dat het ziekenhuis op dit punt onverantwoorde zorg levert. Het kan zijn dat de daadwerkelijke zorgverlening afwijkt van hetgeen publiek door de raad van bestuur gerapporteerd is. Ook hier geldt dat deze uitslag een indicatie geeft voor een gesprek, niet voor een oordeel.

Te snel?

Ook een percentage van 100% is voor de inspectie aanleiding tot vragen. De kans dat nu geen antibiotica gegeven moet worden, is veel kleiner dan bij de oorspronkelijke indicator in 2010. Maar ook in dit geval is de richtlijn duidelijk: 'Although the guidelines emphasize the importance of initiating antibiotic treatment rapidly, maximal efforts should be made to avoid the inaccurate diagnosis of CAP and/or inappropriate utilization of antibiotics'.
Juist bij spoed is goede diagnostiek afhankelijk van goede procedures, waarbij kweken vlot worden afgenomen, vóór toegediende antibiotica de uitslagen moeilijk te interpreteren maken[130].
In die zin is de opmerking van het Erasmus MC interessant dat alle patiënten bij opname op de IC standaard antibiotica krijgen. Met het oog op de toenemende resistentieproblematiek en de antibioticadruk in ziekenhuizen is het van belang deze afweging zorgvuldig te maken. De inspectie zal hier in 2014 en 2015 via een themaonderzoek nader aandacht aan besteden. Goede diagnostiek en behandeling is zeker bij een levensbedreigende aandoening een leerproces waarbij factoren als snelheid en zorgvuldigheid tegen elkaar moeten worden afgewogen.

[130] http://www.nvalt.nl/service/richtlijnen/richtlijnen/richtlijnen3/community-acquired-pneumonia?objectSynopsis=#iK4HwFH8uBGEDG4XYt84ow (geraadpleegd op 13-01-2015)

8 Maag-darm-lever (MDL)

U vindt de omschrijving van het aandachtsgebied maag-darm-lever en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, hoofdstuk 8.

Indicatoren

- Dienstenstructuur.
- Digitale verslaglegging endoscopie.
- MDL-scopie binnen 24 uur.

Wat zijn de risico's

Bloedingen in het proximale maag-darmkanaal (tractus digestivus) komen frequent voor en gaan gepaard met een hoog sterftecijfer. Tijdige endoscopie (inwendig beeldvormend onderzoek met een flexibele buis) kan bepalend zijn voor de overleving van de patiënt[132]. De indicator MDL-infrastructuur vraagt naar de aanwezigheid van faciliteiten voor 24-uursopvang en een dienstensysteem en naar de digitale verslaglegging van de verrichtte procedure. Voor de inspectie zijn dit randvoorwaarden om een tijdige endoscopie te kunnen verrichten en zo patiënten verantwoord te kunnen behandelen. Met een digitaal verslag kan de endoscopist gestructureerd verslag doen, deze informatie gemakkelijk delen met andere betrokken zorgverleners en nauwkeurig surveilleren. Wanneer een ziekenhuis niet aan dergelijke randvoorwaarden voldoet, is dat een signaal dat risicovolle (spoed) processen en de communicatie en surveillance hierover mogelijk niet op orde zijn. Met de vraag naar het percentage patiënten waarbij ook daadwerkelijk binnen 24 uur een scopie plaatsvond, vraagt de inspectie ziekenhuizen naar (het zicht op) de praktijk en het beschikbaar hebben van uitkomsten voor sturing.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis heeft geen faciliteiten en geen dienstensysteem om 24 uur per dag een interventie-endoscopie te kunnen verrichten

- Staat in de toelichting naar welk ziekenhuis patiënten worden verwezen?
- Welke afspraken zijn met de verwijzers en regionale ambulancevoorziening gemaakt?
- Hoe is in het afgelopen jaar de behandeling verlopen van patiënten die buiten kantooruren bij het ziekenhuis zijn aangeboden?
- Welke spoedfuncties heeft het ziekenhuis en hoe zijn die georganiseerd?

In het ziekenhuis is geen sprake van een digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal)

- Hoe kunnen de behandelaars van alle betrokken specialismen op ieder gewenst moment beschikken over de verslaglegging van de endoscopische procedure?

---

[132] Nederlandse Internisten Vereniging (NIV). Richtlijn Bloedingen Tractus Digestivus. NIV, 2010.

– Wat is het beleid in het ziekenhuis rond het elektronisch beschikbaar stellen van digitale verslagen?
– Wat is het beleid van het ziekenhuis rond het toegankelijk maken van essentiële informatie voor andere zorgverleners (ook bijvoorbeeld voor de huisarts)?

Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname in verband met een acute bloeding van de proximale tractus digestivus een scopie plaatsvond, is relatief laag (voor 2013: minder dan 90%)

– Heeft het ziekenhuis onderzoek gedaan naar de oorzaak van de lage score?
  - Zo ja: Wat was het resultaat van dit onderzoek en welke maatregelen zijn genomen?
  - Zo nee: Wat is in dit ziekenhuis aanleiding om een preventieve analyse uit te voeren (vóórdat er calamiteiten zijn opgetreden)?
– Hoe is in het dienstensysteem de opvang van patiënten met een spoedprobleem in het maag-darmkanaal georganiseerd?
– Hoe lang wachten patiënten maximaal op een scopie, nadat zij in het ziekenhuis zijn binnengebracht?
– Hoe organiseert het ziekenhuis in het algemeen de logistiek rondom patiënten die een spoedeisende ingreep nodig hebben:
  - Ten aanzien van spoedeisend diagnostisch onderzoek?
  - Ten aanzien van beschikbaarheid van specifieke medicamenten?
  - Ten aanzien van beschikbaarheid van diagnostische middelen?
– Zijn er andere spoedfuncties (heupfractuur, trombolyse of longontsteking opgelopen buiten het ziekenhuis, kortweg CAP), waarbij een onderzoeksindicatie bestaat?
  - Zo ja: Zie hoofdstuk spoedprocessen.

Het percentage patiënten bij wie binnen 24 uur na opname in verband met een acute bloeding van de proximale tractus digestivus een scopie plaatsvond, is relatief hoog (voor 2013: 100%)

– Hoe heeft het ziekenhuis vastgesteld dat bij alle patiënten binnen 24 uur een scopie plaatsvond?
– Hoeveel patiënten zijn opgenomen in de registratie?
– Zijn er groepen met een acute bloeding in het proximale deel van het maag-darmkanaal die niet zijn opgenomen in de registratie?
  - Zo ja: Hoe is de zorg voor die groepen georganiseerd?

Resultaten

Dienstenstructuur

In 83 ziekenhuizen waren faciliteiten en een dienstensysteem aanwezig om 24 uur per dag een interventie-endoscopie uit te kunnen voeren, in 9 ziekenhuizen was dit niet mogelijk. Wel hadden deze 9 ziekenhuizen afspraken gemaakt met andere ziekenhuizen, zodat patiënten binnen 24 uur behandeld konden worden. Ten opzichte van 2012 zijn er 3 ziekenhuizen bij gekomen die niet 24 uur per dag een interventie-endoscopie aanbieden. Dit is acceptabel, mits een goede verwijsstructuur is opgezet.

Digitale verslaglegging endoscopie

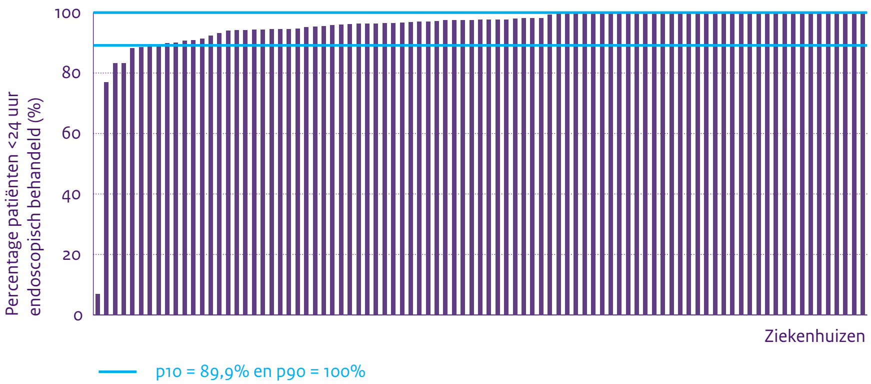
91 ziekenhuizen legden verslagen van de verrichtte endoscopieën digitaal vast. 1 ziekenhuis beschikte nog niet over een digitaal verslagleggingsysteem, maar was bezig met de aanschaf daarvan. In 2012 vroeg de inspectie deze indicator voor het eerst uit. Toen hadden 88 ziekenhuizen een digitale verslaglegging van de verrichtte endoscopische procedure (inclusief beeldmateriaal).

MDL-scopie binnen 24 uur

89 ziekenhuizen voerden endoscopieën uit bij patiënten met een acute bloeding in de proximale tractus digestivus (maag of dunne darm). Hiervan hadden 6 ziekenhuizen aangegeven niet 24 uur per dag een interventie-endoscopie aan te bieden. Een deel van de patiënten behandelden zij zelf, een deel verwezen zij door. Door 8 ziekenhuizen werd de indicator aangeleverd op basis van een steekproef.
Gemiddeld werd 95,6% van de patiënten met een acute bloeding van de proximale tractus digestivus binnen 24 uur endoscopisch behandeld (mediaan 97,6%). Dit percentage liep uiteen van 6,9% tot 100% van de patiënten. Het aantal patiënten dat werd opgenomen met een bloeding van de proximale tractus digestivus was gemiddeld 40 en varieerde van 3 tot 128 patiënten.

Figuur 8.1

MDL-scopie binnen 24 uur (n=89)



Aandachtspunten voor MDL en de daarbij horende indicator

Hebben we de risico's in beeld?

In 2014 is het bevolkingsonderzoek naar darmkanker van start gegaan. Dat wil zeggen dat vanaf dat jaar volgens het landelijke opbouwschema alle mannen en vrouwen tussen de 55 en 75 jaar een uitnodiging krijgen om deel te nemen aan een screeningsonderzoek.
De Gezondheidsraad heeft berekend dat het bevolkingsonderzoek over enkele jaren jaarlijks ruim 1400 sterfgevallen kan voorkomen[132].
Vanaf het moment dat er systematisch aandacht is voor de vroege detectie van tumoren verandert er veel. Dat is bijvoorbeeld goed te zien bij de screening op borstkanker.
In *Het resultaat telt 2012* besteedde de inspectie aandacht aan borstkankerscreening in diverse landen. Daarbij viel op dat de incidentie van het mammacarcinoom sterk verschilde tussen landen[133] met en zonder screening, terwijl de mortaliteit veel minder verschilde. Kennelijk verandert de ziekenhuispopulatie door de screening zo dat onderlinge vergelijking moeilijk wordt. Dat wil ook zeggen dat er de komende jaren dankzij de screening naar darmkanker veel meer patiënten met andere darmaandoeningen zullen worden gedetecteerd.
Dat verandert de vraag naar zorg en dus ook het risicoprofiel van de MDL-zorg.
Een risicogestuurde toezichthouder zal in het jaargesprek na moeten gaan of de raad van bestuur van een ziekenhuis voldoende nagedacht heeft over mogelijke nieuwe risico's.

[132] Gezondheidsraad. Bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.

[133] IGZ. Het resultaat telt. Utrecht: IGZ; 2012.

9 Verloskunde

U vindt de omschrijving van het aandachtsgebied verloskunde en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, hoofdstuk 9.

Indicatoren

- Percentage spontane partus in de 'NTSV-groep'[134].
- Mate van invoering perinatale audits.

Wat zijn de risico's

De zorg voor de bevalling richt zich op het zo veilig mogelijk komen tot een zo goed mogelijke uitkomst voor moeder en kind. Zowel een keizersnede (sectio caesarea) als vaginale kunstverlossing zijn geassocieerd met risico's voor moeder en kind, maar zijn tegelijkertijd juist bedoeld om hen tegen (andere) risico's te beschermen. Een spontane bevalling kent onder normale omstandigheden de minste risico's voor moeder en kind, nu en bij toekomstige bevallingen. De indicator richt zich op het aantal keren dat het lukt om te komen tot een spontane baring in de tweede- en derdelijnszorg. Zoals bij veel indicatoren geeft een opvallend laag (of hoog) aantal spontane bevallingen alleen een indicatie voor nader onderzoek door de inspectie. Zo kan een laag percentage spontane bevallingen wijzen op een intensieve samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Maar het kan ook wijzen op een beleid waarbij vaker wordt gekozen voor een kunstverlossing.
Eén van de mogelijkheden voor het verbeteren van de perinatale sterfte is het verbeteren van de samenwerking van de zorgverleners betrokken bij de perinatale zorg. De indicator over de perinatale audits maakt inzichtelijk of de perinatale audit is uitgevoerd en zo ja, of deze is uitgevoerd volgens de daarvoor landelijk ontwikkelde systematiek. Het aantal audits zegt bij deze indicator niet per definitie iets over de kwaliteit. Gezien de grote hoeveelheid zorgverleners die bij een perinatale audit aanwezig moeten zijn, plant men de audits over het algemeen ruim van te voren. Indien er voordien geen geschikte casuïstiek is om te bespreken, zal de audit afgelast worden. Als er binnen het perinatologisch samenwerkingsverband helemaal geen perinatale audit is georganiseerd, kan dit wel wijzen op onvoldoende aandacht voor het verbeteren van de perinatale sterfte en samenwerking.

---

[134] De populatie betreft de 'NTSV-groep', dat staat voor 'nulliparous term singleton vertex', een referentiegroep van vrouwen met een eerste zwangerschap (nulliparae), a terme (van 37 tot en met 41+6) weken) met een eenlingzwangerschap en het kind in hoofdligging.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage spontane bevallingen binnen een standaard ongecompliceerde groep vrouwen is relatief hoog (voor 2013: meer dan 66,9%) of laag (voor 2013: minder dan 51,6%)

- Weet het ziekenhuis hoe het scoort ten opzichte van de andere ziekenhuizen?
- Wat is de verklaring van het ziekenhuis voor de relatief hoge/lage uitkomst?
  - Is de keuze van een interventie te verklaren door kenmerken van de patiënten-populatie van het ziekenhuis (de case-mix, zoals leeftijd, BMI, etniciteit)?
  - Wat is de indicatie voor een kunstverlossing?
- Hoe is de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn?
- Welke methodiek wordt gebruikt voor het stellen van een medische indicatie?
- Zijn er indicaties voor een tweedelijns bevalling die niet staan beschreven in de verloskundige indicatielijst (VIL)? (bijvoorbeeld woonomstandigheden, afstand tot ziekenhuis)

Het percentage vrouwen verwezen tijdens de bevalling was relatief hoog (voor 2013: meer dan 57%) of laag (voor 2013: minder dan 31%)

- Welk risico-selectiemodel wordt gebruikt?
- Is het verwijspatroon geanalyseerd?

Het aantal perinatale audits was 0

- Kunt u verklaren waarom het ziekenhuis in het verslagjaar niet heeft meegedaan aan de perinatale audit?
- Welke criteria hanteert het ziekenhuis voor het selecteren van een casus voor de perinatale audit?
- Heeft het ziekenhuis het huidige jaar wel aan een perinatale audit uitgevoerd?

Resultaten

Percentage spontane partussen in de 'NTSV-groep'

Van de 87 ziekenhuizen waar bevallingen plaatsvonden, leverden 86 ziekenhuizen data hierover aan. Ziekenhuis ZorgSaam (Terneuzen) kon over 2013 geen data aanleveren: het ziekenhuis was net overgestapt op aanlevering via de Perinatale Registratie Nederland (PRN), waarbij verantwoordelijkheid voor periodes niet werd uitgesplitst.

Tabel 9.1

Kengetallen spontane bevallingen in de 'NTSV-groep' (n=87)

Spontane bevallingen 'NTSV-groep'	Gemiddelde (%) (min-max)	Mediaan (%)	Gemiddeld (n) (min-max)	Geen antwoord (n)
Spontane bevallingen voor bevalling naar tweede lijn	59,6 (41,2-76,7)	60,3	187 (0-482)	0
Spontane bevallingen tijdens bevalling naar tweede lijn	59,2 (30,8-73,2)	58,9	139 (0-450)	0
Totaal spontane bevallingen	59.5 (45.1-73.2)	59.3	315 (0-750)	0

De 87 ziekenhuizen gaven in totaal 47.361 bevallingen in de tweede lijn op. Daarbij werden er gemiddeld 520 bevallingen per ziekenhuis uitgevoerd, waarvan gemiddeld 59,5% spontaan eindigde. Het percentage spontane bevallingen is ten opzichte van 2012 met 8,2% toegenomen. Het gemiddelde percentage spontane bevallingen bij vrouwen die al vóór de bevalling onder de verantwoordelijkheid van de tweede lijn waren, was vrijwel gelijk aan het gemiddelde percentage spontane bevallingen bij vrouwen die tijdens de bevalling verwezen werden naar de tweede lijn (zie tabel 9.1). In 2012 eindigden bevallingen bij vrouwen die al voor de bevalling in de tweede lijn waren nog vaker spontaan dan bij vrouwen die tijdens de bevalling verwezen werden.
In 2013 zijn 165 bevallingen minder geregistreerd dan in 2012, maar vermoedelijk is het aantal bevallingen juist iets toegenomen. Dit verschil is te verklaren doordat het Medisch Spectrum Twente (Enschede) 586 partussen niet in de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) registreerde en het Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht) in verband met technische problemen een steekproef aanleverde.

Mate van invoering perinatale audits

85 van de 87 ziekenhuizen voerden in 2013 1 of meer perinatale audits uit. Het Orbis Medisch Centrum (Sittard) en het Gemini Ziekenhuis (Den Helder) gaven aan geen perinatale audits te hebben uitgevoerd. Gemiddeld voerden ziekenhuizen 3 perinatale audits uit, met een bandbreedte van 0 tot 12.

Aandachtspunten voor de verloskunde en de daarbij horende indicatoren

De afgelopen tien jaar is de perinatale sterfte sterk gedaald. Uit de data van de Perinatale Registratie Nederland (PRN) blijkt dat de perinatale sterfte sinds 2001 met 28% is afgenomen[135]. Desondanks sterven er in Nederland nog steeds 8,5 baby's per duizend geboorten, waardoor Nederland in 2010 op de 26e plaats komt in de PERISTAT-ranglijst, waarin de perinatale sterfte in Europese landen met elkaar wordt vergeleken. Uit de data van de NTSV-indicator blijkt dat ook het percentage kunstverlossingen afneemt. Nederlandse vrouwen bevallen in de tweede lijn steeds vaker spontaan. Mogelijk komt dit door een verbeterde samenwerking tussen verloskundigen en gynaecologen, waardoor risicopatiënten eenvoudiger worden doorverwezen.

Opvallend is de grote spreiding als het gaat om het aantal vrouwen dat gedurende de partus wordt verwezen. Gemiddeld wordt 42% van de vrouwen in deze groep tijdens de ontsluiting of de uitdrijving verwezen naar de tweede lijn. Dit percentage verschilt sterk per ziekenhuis, van 17% tot 70%. Daarin spelen waarschijnlijk veel factoren een rol. Eén factor is het type ziekenhuis. Drie van de vijf ziekenhuizen met de laagste aantallen verwijzingen tijdens de bevalling zijn universitair medische centra. Drie van de zes ziekenhuizen met de meeste verwijzingen tijdens de bevalling zijn grote ziekenhuizen in de buurt van een universitair medisch centrum. Dit wekt de indruk dat de plaats in het ziekenhuislandschap een rol speelt in het verwijspatroon. De Perinatale Registatie Nederland (PRN) zou over de data moeten beschikken om dit te analyseren.

In de verloskundige zorg in Nederland vindt momenteel concentratie plaats. Dit zou moeten leiden tot meer kwaliteit en minder kosten in de verloskundige zorg. Daar staat tegenover dat concentratie van verloskundige zorg kan leiden tot langere aanrijdtijden naar ziekenhuizen met een verhoogd risico op complicaties bij het ongeboren kind en de moeder. Dit is een interessante discussie, want Nederland heeft in vergelijking met andere Europese landen korte aanrijdtijden, maar desondanks geen lagere perinatale sterfte[136]. Wel is het in Nederland in vergelijking met andere Europese landen gangbaarder om thuis te bevallen. Mogelijk ligt het knelpunt bij concentratie van verloskundige zorg in de indicatiestelling/risicoselectie voor een ziekenhuisbevalling. Wanneer de afstand tot een ziekenhuis toeneemt, moeten verloskundigen risico's voorafgaand aan de thuisbevalling beter inschatten. Bij twijfel moet daarbij gekozen worden voor verwijzing.

Welke aanwijzingen zijn er nu voor het bestaan van problemen in die risicoinschatting?

Een groot deel van de perinatale sterfte treedt op bij 2% van de patiënten. Het gaat dan om vrouwen met twee of meer van de belangrijkste risicofactoren: congenitale afwijking,

[135] Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale registratie Nederland grote lijnen 1999-2012. Utrecht, december 2013.

[136] Nijhuis J.G., Buitendijk S.E. Mol B.W.J et al. Hoge babysterfte niet door thuisbevalling. Medisch contact 2010: 45;2390-93.

vroeggeboorte en laag geboortegewicht (de *big three*)[137]. Deze risicofactoren moeten tijdig onderkend worden. Uit een studie uit 2010 blijkt dat 'de risicoselectie tijdens de zwangerschap ontoereikend blijkt te functioneren'. Bij nadere analyse blijkt dit vooral een systeemfalen te zijn en niet een individueel falen. De bevindingen uit de indicator lijken hierop aan te sluiten. De grote regionale verschillen in verwijzing passen eerder bij de vorm van het lokale systeem (het type ziekenhuis) dan bij inhoudelijke keuzes. Nadere analyse van gegevens over het verwijspatroon zou kunnen helpen bij het toezicht op de risico's hiervan.

Duidelijke doelen helpen bij het leren van registraties

Bij het onderzoek dat de inspectie heeft uitgevoerd naar aanleiding van de NTSV-indicator, viel op dat ziekenhuizen vaak aangaven dat het gebruik van deze indicator bemoeilijkt wordt door het ontbreken van een duidelijke ontwikkelingsrichting. Er zijn wel impliciete normen – minder is beter – maar toch geven ziekenhuizen aan het moeilijk te vinden de indicator te gebruiken om de eigen praktijk te sturen. Dit is voor de inspectie een aanwijzing dat het hebben van een duidelijk doel bij een indicator helpt bij het leren.
Het maakt de interpretatie van de resultaten eenvoudiger en geeft richting aan de daaropvolgende gedragsverandering. Het is een onderbouwing van het streven van de partners van de basisset om bij elke indicator ook een duidelijk ontwikkeldoel af te spreken.

[137] Signalementstudie 'zwangerschap en geboorte'2010, lijnen in perinatale sterfte, pagina 41 en verder.

10 Kwetsbare groepen

U vindt de omschrijving van het aandachtsgebied kwetsbare groepen en de indicatoren voor deze groepen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, hoofdstuk 10.

Indicatoren

– Signalering kindermishandeling.

Wat zijn de risico's

Kinderen vormen in meerdere opzichten een bijzondere groep. De reservecapaciteit en daarmee de belastbaarheid van het kinderlichaam is kleiner dan van volwassenen en de ontwikkeling van het lichaam stelt ook bijzondere eisen aan het kinderlichaam. Ook hebben kinderen door hun te verwachten lange levensduur langer last van blijvende gevolgen van complicaties. Daarom verdient de zorg aan kinderen bijzondere aandacht van de inspectie. Eerder in deze uitgave zijn al de indicatoren rond ondervoeding en de beademingsduur bij kinderen aan bod gekomen. De inspectie heeft als primair doel van de indicator kindermishandeling het verbeteren van de signalering van kindermishandeling.
De omvang van kindermishandeling wordt in de tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen 2010 van Alink[138] geschat op 119.000 kinderen per jaar. Dit komt neer op 34 gevallen van kindermishandeling op iedere 1.000 kinderen per jaar of anders gezegd gemiddeld 1 kind per klas. Het aantal meldingen van kindermishandeling bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is tussen 2005 en 2012 gestegen van 38.000 naar 65.000. Het aantal meldingen uit ziekenhuizen is gestegen van 216 in 2003 naar ruim 5000 in 2012. Het aandeel van de meldingen van ziekenhuizen ten opzichte van het totaal is in dezelfde periode bijna verdrievoudigd van 3% naar 8,5%. Vooral het aantal meldingen van huiselijk geweld en emotionele verwaarlozing is gestegen. Uit onderzoek van Kuyvenhoven[139] blijkt dat naar schatting tot 50 kinderen per jaar in Nederland overlijden aan de gevolgen van kindermishandeling.
Het signaleren en oppakken van een vermoeden van kindermishandeling is erg belangrijk en kan soms levens redden. Toch schieten professionals, ook in ziekenhuizen, hierin nog tekort. De inspectie gebruikt de indicator als signaal voor het toezicht op de zorg voor kinderen in het algemeen. Als op dit gebied het bewustzijn achterblijft, bestaat het risico dat het ziekenhuis ook op andere gebieden onvoldoende aandacht heeft voor maatschappelijke factoren die de gezondheid van een kind bedreigen.

[138] Alink L, IJzendoorn R, Bakermans-Kranenburg M, Pannebakker F, Vogels T. en Euser S. (2011). Kindermishandeling in Nederland Anno 2010. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Leiden: Casimir.

[139] Kuyvenhoven MM, Hekkink DF, Voorn TB (1998). Deaths due to abuse for the age group 0-18 years; an estimate of 40 cases in 1996 based on a survey of family practitioners and pediatricians. Ned Tijdschr Geneeskd. 1998; 142(46): 2515-8.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het percentage gemelde vermoedens van kindermishandeling bij het team kindermishandeling van het ziekenhuis is relatief laag (voor 2013: minder dan 0,3%)

- Zijn de werknemers (voldoende) opgeleid in het herkennen van de signalen van kindermishandeling?
- Door welke afdelingen zijn vermoedens van kindermishandeling gemeld? Is dit een reden om de alertheid van andere specialismen proberen te vergroten?
- Hoe is het systeem voor signaleren vormgegeven?
  - Op welke afdelingen wordt gescreend?
  - Zijn groepen kinderen aanwijsbaar waar in het systeem weinig tot geen informatie over is?
  - Wordt bij volwassenen met risicogedrag (bijvoorbeeld huiselijk geweld, psychische problemen of verslavingsproblematiek) de 'kindcheck' gedaan en zo nodig contact opgenomen met het AMK?
- Hoeveel kinderen, met een volgens de screening verhoogd risico, zijn niet besproken?
- Doet het ziekenhuis wel eens onderzoek naar valse meldingen?
- Functioneert de meldcode en worden meldingen effectief verwerkt?
- Het AMK publiceert cijfers over het aantal meldingen van mishandeling per regio. Weet het ziekenhuis hoe de eigen cijfers zich verhouden tot die van de regio?
  - Indien van toepassing: waarom wijkt het ziekenhuis af van de cijfers in de regio?
- Is de follow-up van de besproken vermoedens van kindermishandeling bekend?
  - Zo ja: Hoe is deze verlopen?

Het percentage gemelde vermoedens van kindermishandeling bij het team kindermishandeling van het ziekenhuis is relatief hoog (voor 2013: meer dan 1,8%)

- Hoeveel kinderen, met een volgens de screening verhoogd risico, zijn niet besproken?
- Doet het ziekenhuis wel eens onderzoek naar valse meldingen?
- Functioneert de meldcode en worden meldingen effectief verwerkt?
- Het AMK publiceert cijfers over het aantal meldingen per regio. Weet het ziekenhuis hoe de eigen cijfers zich verhouden tot die van de regio?
  - Indien van toepassing: waarom wijkt het ziekenhuis af van de cijfers in de regio?
- Heeft het ziekenhuis een verklaring voor het relatief hoge percentage gemelde vermoedens van kindermishandeling? Ziet het ziekenhuis mogelijkheden om het systeem nog verder te verbeteren? Bij hoeveel van de meldingen van mogelijke kindermishandeling was dit vermoeden juist?
- Is de follow-up van de besproken vermoedens van kindermishandeling bekend?
  - Zo ja: Hoe is deze verlopen?

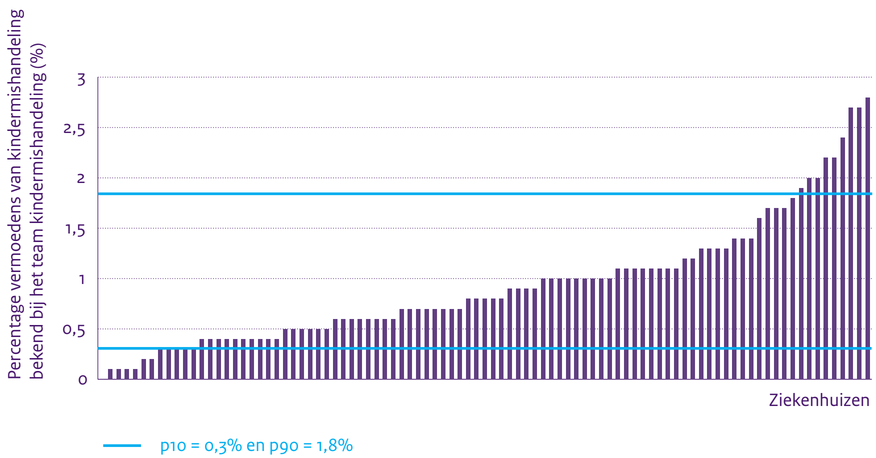
Resultaten

In 2013 werden in 93 ziekenhuizen 11.137 vermoedens van kindermishandeling gemeld bij het team kindermishandeling van het ziekenhuis. Gemiddeld werd bij 0,9% van het totaal aantal eerste bezoeken van kinderen tot 18 jaar aan de (poli)klinische afdelingen kindermishandeling vermoed. Het percentage liep uiteen van 0% tot 2,8%.

Vergeleken met 2012 bleef het totale aantal vermoedens en het gemiddelde gelijk, maar nam de spreiding tussen de ziekenhuizen sterk af (in 2012 van 0% tot 5,3%).

Figuur 10.1

Percentage vermoedens van kindermishandeling gemeld bij het team kindermishandeling (n=93)



Aandachtspunten voor de signalering van kindermishandeling en de daarbij horende indicatoren

Aandacht voor de zorg voor kinderen is noodzakelijk

Veel van de risico's voor kwetsbare groepen gelden zowel voor (kwetsbare) ouderen als voor kinderen. De kans op een delirium is bijvoorbeeld net zo hoog bij kleine kinderen als bij kwetsbare ouderen, net als de kans op een bloedig CVA. In *Het resultaat telt 2010* heeft de inspectie uitgebreid aandacht besteed aan de zorg voor kwetsbare ouderen. In de jaren daarna is voor deze specifieke groep een aantal indicatoren geformuleerd, zoals de coördinatie bij heupfractuur en coloncarcinoom. Op dit moment zijn er geen specifieke indicatoren opgenomen voor de kindergeneeskunde. En dat terwijl deze groep wel degelijk specifieke risico's loopt, bijvoorbeeld op het gebied van de transitie van kinderen naar de zorg voor volwassenen en bij het gebruik van belastende radiodiagnostiek zoals de CT-scan[140,141,142]. De Nederlandse Vereniging voor Radiologie ontwikkelt een indicator voor het gebruik van dosis-referentieniveaus voor CT's bij kinderen. Hierbij worden afwegingen gemaakt tussen enerzijds een betere foto op korte termijn en anderzijds een groter risico van kanker in de toekomst. Daarnaast ontvangen kinderen vooral poliklinische zorg. Poliklinische zorg is een onderontwikkeld deel binnen het risicogestuurd toezicht, maar is ook bij visitaties en kwaliteitsregistraties onvoldoende in beeld. Een belangrijk en groot deel van de zorg voor kinderen wordt poliklinisch geleverd. Binnen de zorg voor kinderen worden dus een aantal risico's op elkaar gestapeld: kinderen zijn kwetsbaar, er is nog weinig risicotoezicht en de voornaamste zorgvorm is een blinde vlek. Het is daarom wenselijk dat de zorg voor kinderen binnen de basisset verder wordt ingevuld.

Is het doel van de indicator bereikt?

Op dit moment melden in de reguliere gezondheidszorg ziekenhuizen het vaakst een vermoeden van kindermishandeling (8,6% van het totaal aantal meldingen). In tegenstelling tot de ziekenhuizen blijven huisartsen ver achter (1,4%). Mogelijk komt dat door de wens van de huisarts om de vertrouwensband met het gezin niet te schaden. Met de brede invoering van huisartsenposten lijkt dat argument achterhaald. De inspectie heeft deze indicator dit jaar voor het laatst uitgevraagd. Bij het opstellen van de indicator in 2008 was het doel het melden van kindermishandeling te bevorderen. Dat doel is bereikt, met een stijging van 8151 meldingen in 2010 tot 11.108 in 2013 (toename van 36%). Het aantal gemelde vermoedens van kindermishandeling lijkt nu gestabiliseerd. Het jaarverslag van het AMK[143] over 2012 laat zien dat dit een landelijke trend is voor het aantal meldingen als

[140] Staa AL van, Eysink Smeets-van de Burgt AE, Stege HA van der, Hilberink SR. Transitie in zorg van jongeren met chronische aandoeningen in Nederland nog onder de maat. Ned Tijdschr Kindergeneeskunde Vol. 78 (6): 210-217.

[141] Hait EJ, Barendse RM, Arnold JH, Valim C, Sands BE, Korzenik JR, Fishman LN. Transition of adolescents with inflammatory bowel disease from pediatric to adult care: a survey of adult gastroenterologists. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009 Jan;48(1):61-5.

[142] Leiner T, Jong de PA, Nievelstein RAJ. CT-scans bij kinderen: voorzichtigheid is geboden. Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157: A6711.

[143] http://www.jeugdzorgnederland.nl/contents/documents/amk-2012.pdf (geraadpleegd op: 16 januari 2015).

geheel. 2012 is het eerste jaar waarin het totaal aantal meldingen bij het AMK niet meer stijgt. Dat de indicator haar doel heeft bereikt wil niet zeggen dat het doel van het beleid is behaald en dat geen verbetering meer noodzakelijk is. Het signaleren van een vermoeden van kindermishandeling is pas de eerste noodzakelijke stap in het voorkomen van erger. De inspectie volgt de trend van de meldingen kindermishandeling en blijft in gesprek met de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde om dit onderwerp op de agenda te houden en te overwegen of het nodig is opnieuw een indicator op te nemen. Ook op andere wijze houdt de inspectie toezicht op de zorg voor kinderen; via thematoezicht en interventietoezicht (toezicht naar aanleiding van meldingen).

11 Algemeen kwaliteitsbeleid

U vindt de omschrijving van het algemeen kwaliteitsbeleid en de indicatoren die bij dit proces een rol spelen in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, hoofdstuk 11.

Dit hoofdstuk bevat weinig specifieke indicatoren, maar raakt direct of indirect aan alle onderwerpen in de basisset. Een van de onderwerpen waarin de basisset inzicht geeft, is de mate waarin er één gezamenlijk uitgangspunt is van waaruit het kwaliteitsbeleid wordt ontwikkeld. Een eenvoudig verschijnsel hiervan is, of de personen verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid op eenvoudige wijze toegang hebben tot de gegevens uit de kwaliteitsregistratie of dat zij deze gegevens uit andere registraties afleiden, zoals de DBC-registratie.
Is er één – integraal – beeld in het ziekenhuis op de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis.

Uitgangspunten

1 *Wat is de lerende organisatie?*
De inspectie beschouwt de ziekenhuisorganisatie als geheel als lerende organisatie, waarbij het doel is om zo min mogelijk verschillende beelden van de werkelijkheid naast elkaar te laten bestaan. In het uiterste geval is elke vakgroep/maatschap/afdeling een afzonderlijk lerende organisatie en wordt er niet gezamenlijk geleerd.

2 *Wat is het leerdoel?*
Elke vakgroep/maatschap en managementlaag heeft toegang tot dezelfde informatie en heeft hetzelfde beeld van de situatie binnen het ziekenhuis.

3 *Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling?*
In de afgelopen jaren is een aantal kleine (niet gepubliceerde) onderzoeken gedaan door de inspectie waarin het proces van dataverzameling aan de orde is gekomen. Uit die onderzoeken komt naar voren dat er ten aanzien van stuurinformatie vier verantwoordelijken zijn te beschouwen namelijk de raad van bestuur, de kwaliteitscoördinator, de vakgroep/maatschap en de individuele zorgverlener. In de gesprekken die de inspectie hierover voerde bleek de kwaliteitscoördinator vaak verantwoordelijk voor het kiezen van de bronnen van informatie. De vakgroep/maatschap is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van de rapportages uit de kwaliteitsregistraties en voor de controle van de uiteindelijk gepubliceerde gegevens. De individuele zorgverlener is verantwoordelijk voor het vastleggen van de gegevens. In de praktijk is dit de raad van bestuur is onder andere verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van middelen om gegevens extern te laten verzamelen en is eindverantwoordelijk voor het proces als geheel.

4 *Wat zijn de relevante normen?*
Er zijn geen directe normen voor het delen van informatie binnen een ziekenhuis zolang het geaggregeerde resultaten betreft. Veel oudere registraties hebben waarborgen in de statuten tegen inzage door anderen dan de specifieke houders in het ziekenhuis. De kwaliteitsregistraties die recent zijn ontstaan, nemen veelal deel aan een traject richting geheel of gedeeltelijke openstelling van data.

5 *Welke informatie is beschikbaar?*
De meeste informatie komt uit jaargesprekken of ander gebruik van indicatorresultaten. Vaak is de eerste indicatie een vervolgvraag naar een opvallende uitslag, waarbij de werkelijke waarde duidelijk afwijkt van de opgegeven waarde. Een relatief zeldzaam geworden signaal, is de toelichting bij 100% uitslagen van een indicator. Daarbij was de toelichting dat het probleem in het ziekenhuis was opgelost, omdat er een protocol bestond voor dit onderdeel.

Aan het gebruik van twee verschillende bronnen voor één indicator heeft de inspectie eerder aandacht besteed in *Het resultaat telt 2012* (p. 161)[144]. Ziekenhuizen die zelf data berekenden uit registraties waar zij zelf ook aan deelnamen, klaagden toen over onvoldoende definiëring van de indicator. Het zou niet goed mogelijk zijn om de indicator goed te berekenen. Een van de conclusies was toen dat de inspectie het zo aantrekkelijk mogelijk moet maken om kant en klaar beschikbare data te gebruiken.

De vraag bij algemeen kwaliteitsbeleid is hoe de kwaliteit van de instelling gestuurd wordt. Het is niet absoluut noodzakelijk om één databron te hebben om te komen tot een lerende organisatie, maar het is moeilijk voor te stellen hoe een raad van bestuur kan sturen op basis van een andere werkelijkheid dan de betrokken professionals. Die conclusie is misschien wel de belangrijkste les van de basisset.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij opvallende uitslagen rond het algemene kwaliteitsbeleid?

Ten minste twee van de onderstaande situaties zijn van toepassing op het ziekenhuis

1 Het ziekenhuis neemt niet deel aan de NABON Dutch Breast Cancer Audit (NBCA) (voorheen DBCA), heeft geen gegevens geregistreerd of het percentage geregistreerde patiënten is relatief laag (voor 2013: minder dan 100%).
2 Het ziekenhuis heeft geen gegevens geregistreerd over de ‘NTSV-groep’ (Nulliparous Term Singleton Vertex) bij verloskunde.
3 Het ziekenhuis neemt niet deel aan de Dutch UpperGI Cancer Audit (DUCA), heeft geen gegevens geregistreerd of het percentage geregistreerde patiënten is relatief laag (voor 2013: minder dan 100%).

---

[144] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het resultaat telt. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; januari 2014.

4 Het ziekenhuis behandelt patiënten met een blaascarcinoom en doet niet mee aan de landelijke database voor een invasief blaascarcinoom.
5 Het ziekenhuis levert geen data aan voor de database die de stichting Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) beheert.
6 Het ziekenhuis registreert het inbrengen van pacemakers of Implantable Cardioverter Defibrillators (ICD's) niet systematisch via National Cardiovascular Data Registry (NCDR) of een eigen registratie en/of gebruikt deze registratie niet voor de evaluatie van de zorg.
7 Het ziekenhuis voert geen surveillances uit in het PREZIES systeem.
8 De deelname van medisch specialisten aan jaargesprekken[145] is relatief laag (voor 2013: minder dan 23,2%).
9 De deelname aan het IFMS is relatief laag (voor 2013: minder dan 50,7%).
10 Er is geen regeling voor mogelijk disfunctioneren van medisch specialisten.
11 Het ziekenhuis heeft onvoldoende gegevens aangeleverd aan de LMR/LBZ voor het berekenen van de HSMR en/of de onverwacht lange opnameduur (OLO).

De inspectie stelt de volgende vragen wanneer ten minste twee van bovenstaande situaties van toepassing zijn

- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis (raad van bestuur en medische staf) dat medisch specialisten voldoende feedback krijgen?
- Hoe is het beleid van het ziekenhuis rond visitaties (meedoen, openheid over visitatieverslagen)?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis dat tijdig wordt ingegrepen bij signalen van disfunctioneren?
- Hoe is de samenwerking tussen medische staf (bestuur) en raad van bestuur?
- Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis adequate communicatie, onder andere van informatie tussen zorgverleners en afdelingen?
- Heeft het ziekenhuis zicht op het aantal VIM-meldingen (incidenten) over communicatie?

---

[145] De gesprekken in onder andere academische ziekenhuizen met specialisten worden jaargesprekken genoemd. Dit kan verwarring geven met het begrip ‘jaargesprek’, zoals dat elders in het HRT wordt gehanteerd om het gesprek tussen de inspectie en de raad van bestuur te beschrijven. Het betreft hier dus een naam met twee verschillende betekenissen.

11.1 Functioneren van medisch specialisten

Vraagstelling en definities vindt u in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013 in paragraaf 11.1 en 11.2.

Indicatoren

- Jaargesprekken.
- Individueel Functioneren van Medisch Specialisten (IFMS).
- Regeling mogelijk disfunctioneren medisch specialisten.

Wat zijn de risico's

Het tijdig signaleren en ingrijpen bij disfunctioneren van medisch specialisten kan veel leed voorkomen. Het bespreekbaar maken van het functioneren van de medisch specialist heeft ook een belangrijke rol in het continue verbeteren van de kwaliteit van zorg[146].
De bijzondere positie van medisch specialisten binnen een instelling vraagt om een passende aanpak. Voor het organiseren van feedbackgesprekken met medisch specialisten bestaan twee systemen: het jaargesprek, in ieder geval ingevoerd in academische ziekenhuizen en ziekenhuizen waar specialisten in dienstverband zijn, en het systeem voor het Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS), vooral gericht op vrijgevestigde specialisten. De inspectie maakt voor het vaststellen van indicaties voor een gesprek met een ziekenhuis geen onderscheid tussen deze systemen.

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Jaargesprekken of IFMS zijn ingevoerd maar niet actief in gebruik (deelname: onbekend of 0%)

- Hoe maakt het ziekenhuis het functioneren van medisch specialisten bespreekbaar?
- Wat zijn of waren de hindernissen bij het invoeren van structurele gesprekken over het functioneren van medisch specialisten?

De deelname van medisch specialisten aan jaargesprekken en het IFMS is relatief laag (voor 2013: jaargesprek minder dan 25,6%, IFMS minder dan 50,7%)

- Indien zowel de deelname aan het jaargesprek als het IFMS-evaluatiegesprek laag scoort:
  - Hoe maakt het ziekenhuis het functioneren van medisch specialisten bespreekbaar?
  - Welk percentage deelname streeft het ziekenhuis na voor beide of één van beide systemen? Hoe denkt het ziekenhuis dit te bereiken? Welke rol heeft de bestuurder hierin? Welke rol heeft het stafbestuur?
  - Welke belemmeringen waren er om dit percentage te halen?

[146] Orde van Medisch specialisten en Wetenschappelijke verenigingen. Optimaal functioneren van medisch specialisten. Utrecht: Orde van Medisch specialisten, december 2013.

– Indien alleen het jaargesprek/IFMS-gesprek relatief laag scoort:
  - Welk beleid voert het ziekenhuis ten aanzien van de jaargesprekken/IFMS-gesprekken? Welk percentage deelname streeft het ziekenhuis na? Hoe denkt het ziekenhuis dit te bereiken? Welke rol heeft de bestuurder hierin? Welke rol heeft het stafbestuur?

De deelname van medisch specialisten aan jaargesprekken en/of het IFMS is relatief hoog (voor 2013: jaargesprek 100%, IFMS 100%)
– Hoe heeft het ziekenhuis deze hoge deelname bereikt?
– Zijn er nog groepen of individuen die niet deelnemen?[147]
  - Zo ja:
    • Waarom nemen deze groepen of individuen geen deel?
    • Is er overeenstemming over de reden waarom deze groepen of individuen niet deelnemen?
– Op welke wijze waarborgt het ziekenhuis de kwaliteit van de gesprekken?
– Welke informatiebronnen worden gebruikt?
  - Zijn er waarborgen voor het gebruik van inbreng van patiënten?
  - Zijn er waarborgen voor het gebruik van inbreng van andere professionals?
– Heeft het ziekenhuis het volledige systeem ingevoerd?
– Hoe bepaalt het ziekenhuis wie aan welk systeem deelneemt?
  - Vindt er terugkoppeling plaats naar raad van bestuur wanneer disfunctioneren dreigt?

Een identiek aantal specialisten neemt deel aan beide systemen
– Zijn jaargesprekken en het IFMS beide ingevoerd of wordt één gesprek onder beide noemers geteld?
  - Hoe geeft het ziekenhuis de gesprekken vorm?
– Welke rol speelt het (medisch) afdelingshoofd bij de gesprekken?

Het ziekenhuis voert alleen jaargesprekken uit
– Welke informatie verzamelt het ziekenhuis over het functioneren van de specialist voordat het jaargesprek plaatsvindt en hoe gebeurt dat?
– Door wie wordt het gesprek gevoerd?

Resultaten

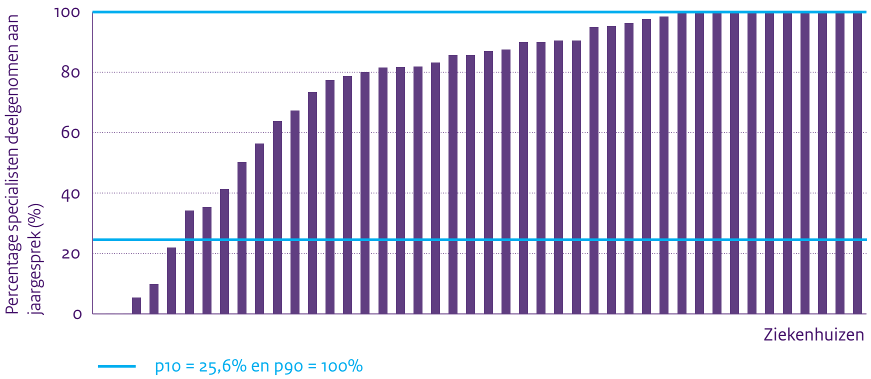
In 46 ziekenhuizen werden jaargesprekken gevoerd tussen afdelingshoofd (medisch specialist) en de individuele medisch specialist. 44 van deze ziekenhuizen leverden het percentage jaargesprekken aan bij de inspectie. De ziekenhuizen die geen jaargesprekken voerden, maakten gebruik van het IFMS-systeem. Gemiddeld voerden ziekenhuizen met 75,3% (mediaan 86,4%) van de medisch specialisten een jaargesprek en met 78,3% (mediaan 82,1%) een IFMS-gesprek.

[147] De inspectie heeft de ervaring bij navraag in de ziekenhuizen dat de 100% vrijwel altijd niet werkelijk wordt gehaald.

Zowel het absolute aantal als het percentage medisch specialisten waarmee een gesprek was gevoerd is toegenomen ten opzichte van 2012 (jaargesprek: 72,8%; IFMS-evaluatiegesprek: 65,3%).

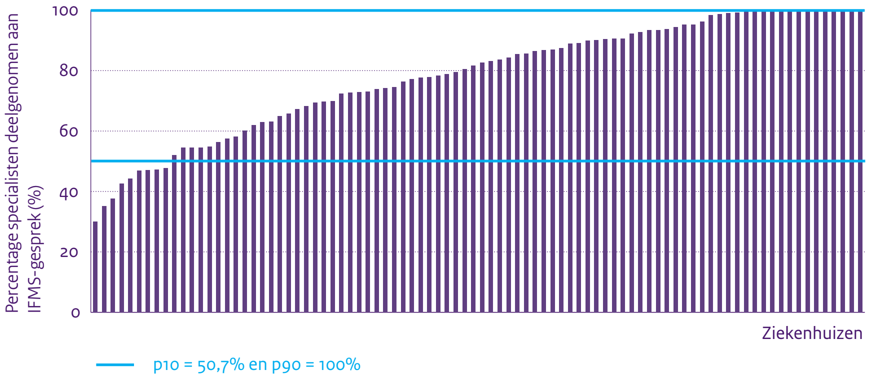
Figuur 11.1.1

Percentage specialisten dat aan een jaargesprek heeft deelgenomen (n=44)



Figuur 11.1.2

Percentage specialisten dat aan een IFMS-evaluatiegesprek heeft deelgenomen (n=88)



Tabel 11.1.1

Kengetallen evalueren functioneren medisch-specialisten

Evalueren functioneren medisch specialisten	Gemiddelde (%)	Mediaan (%) (min-max)	Ziekenhuizen met 100% (n)	Ziekenhuizen die deze vorm niet gebruiken (n)
Specialisten die aan een jaargesprek hebben deelgenomen	75,3	86,4 (0-100)	11	57
Specialisten die aan een IFMS-evaluatie-gesprek hebben deelgenomen	78,3	82,1 (30,1-100)	14	14

In 4 ziekenhuizen werd wel de systematiek van jaargesprekken gehanteerd, maar werden geen aantallen aangeleverd of waren er geen jaargesprekken gevoerd in de afgelopen 24 maanden. 2 ziekenhuizen verklaarden dat de organisatie in 2013 was ontstaan (Alexander Monro Ziekenhuis in Bilthoven en Spijkenisse Medisch Centrum). De specialisten uit het Universitair Longcentrum Dekkerswald (Groesbeek) kregen jaargesprekken in het Radboudumc en met de medisch specialisten van het Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken (RISO) in Deventer werden geen jaargesprekken, maar wel IFMS-gesprekken gevoerd.

Er waren 32 ziekenhuizen die zowel een jaargesprek als een IFMS-gesprek voerden met medisch specialisten. In 11 van deze ziekenhuizen hadden exact hetzelfde aantal specialisten zowel een jaargesprek als een IFMS-gesprek gevoerd.

Net als in 2012 ontving alleen de raad van bestuur van het radiotherapeutisch Instituut ARTI (Arnhem) geen overkoepelende informatie over het aantal medisch specialisten dat een IFMS-gesprek had. Volgens de toelichting ontvangt de raad van bestuur deze informatie vanaf 1 juli 2014.

99 ziekenhuizen en instituten voor radiotherapie hadden een regeling voor het mogelijk disfunctioneren van een medisch specialist. 2 instellingen gaven aan dat een regeling in ontwikkeling was: het Zeeuws Radiotherapeutisch Instituut (ZRTI) in Vlissingen en het Radiotherapeutisch Instituut Stedendriehoek en Omstreken (RISO) in Deventer.
Het Radboudumc gaf net als voorgaande jaren aan voldoende handvatten te hebben om maatregelen te treffen bij vermoedens van disfunctioneren en dat een aparte regeling niet goed past in een privaatrechtelijke arbeidsverhouding.

Aandachtspunten voor het functioneren van medisch specialisten en de daarbij horende indicatoren

De aandacht voor het signaleren en voorkomen van disfunctioneren van medisch specialisten is toegenomen, mede door diverse incidenten en een rapport van de inspectie hierover[148]. Ook de Orde van Medisch Specialisten en wetenschappelijke verenigingen nemen met het visiedocument Optimaal Functioneren van Medisch Specialisten en een leidraad IFMS duidelijk stelling om blijvend te investeren in het verbeteren van de kwaliteit van zorg, onder meer door het bespreken van het functioneren[149,150]. Instrumenten zoals het jaargesprek en het IFMS-evaluatiegesprek zijn hierbij een hulpmiddel, maar zeker niet het enige instrument. Een goede aanspreekcultuur, waarin alle medewerkers zich vrij voelen om zich uit te spreken, is net zo belangrijk. Ziekenhuizen hebben de laatste jaren fors geïnvesteerd in systemen om het functioneren bespreekbaar te maken. Het vergt continue inspanning van alle partijen om deze systemen te laten slagen. Ook is het noodzakelijk dat de aandacht zich niet beperkt tot alleen de medisch specialisten.
Ook andere beroepsgroepen en de raad van bestuur hebben een eigen verantwoordelijkheid om te zorgen voor een zo goed mogelijke kwaliteit van zorg. Tenslotte zijn visitaties en het bespreken van de behaalde resultaten op basis van kwaliteitsregistraties belangrijke pijlers binnen een lerende organisatie.

[148] Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2013. Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2013.

[149] Orde van Medisch Specialisten & Wetenschappelijke Verenigingen. Leidraad IFMS. Individueel functioneren medisch specialisten. Utrecht, 2014.

[150] Orde van Medisch specialisten. Leidraad IFMS. Utrecht: Orde van Medisch specialisten, september 2014.

12 Ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur

U vindt de omschrijving van de indicatoren ziekenhuissterfte, dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur in de basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van 2013, hoofdstuk 12.

Indicatoren

- Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR).
- Verbeteracties op basis van HSMR.
- Dossieronderzoek vermijdbare zorggerelateerde schade.
- Onverwacht lange opnameduur.

Wat zijn de risico's

Elke patiënt loopt een risico op overlijden. De sterftekans in een ziekenhuis is een maat voor de kwaliteit van zorg. Een ziekenhuis dat aangeeft dat de sterfte duidelijk hoger is dan verwacht op basis van de patiëntkenmerken, moet onderzoeken welke oorzaken hier aan ten grondslag kunnen liggen. Ziekenhuizen kunnen de Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR) en de Standardized Mortality Ratio's (SMR's) gebruiken om de mortaliteit in het eigen ziekenhuis in de tijd te volgen.
Een andere maat voor de kwaliteit van zorg is de onverwacht lange opnameduur. Indien patiënten langer worden opgenomen dan verwacht kan dit een indicatie zijn voor suboptimale zorg[151].

Welke vragen vindt de inspectie belangrijk bij een opvallende uitslag?

Het ziekenhuis heeft geen betrouwbare data aangeleverd aan de Landelijke Medische Registratie (LMR) of Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ)

- Op welke wijze onderzoekt het ziekenhuis de mortaliteit?
- Welke belemmeringen zijn er in het registreren van de sterftecijfers waardoor de cijfers niet betrouwbaar zijn bevonden?

Het percentage patiënten met een langere opnameduur dan verwacht is relatief hoog (voor 2013: meer dan 14,7%)

- Heeft het ziekenhuis onderzocht waarom de opnameduur relatief hoog is en bij welke patiëntengroepen?
- Past dit cijfer bij het profiel van het ziekenhuis en de trend die het ziekenhuis heeft gezien in de afgelopen jaren?

---

[151] Borghans I, Hekkert KD, den Ouden L, et al. Unexpectedly long hospital stays as an indicator of risk of unsafe care: an exploratory study. BMJ Open 2014;4:e004773,2013-004773.

– Welke verbetermaatregelen neemt het ziekenhuis?
– Wat is de uitslag voor de onverwacht lange opnameduur?

Het percentage patiënten met een langere opnameduur dan verwacht is relatief laag (voor 2013: minder dan 8,9%)
– Heeft het ziekenhuis onderzocht waarom de opnameduur relatief laag is?
– Past dit cijfer bij het profiel van het ziekenhuis en de trend die het ziekenhuis heeft gezien in de afgelopen jaren?
– Wat is de HSMR?

Het ziekenhuis heeft een eigen methode voor status onderzoek
– Heeft het ziekenhuis inzicht in het type problemen dat met deze methode opgespoord kan worden?
– Wat is de sensitiviteit en specificiteit van de methode?

Resultaten

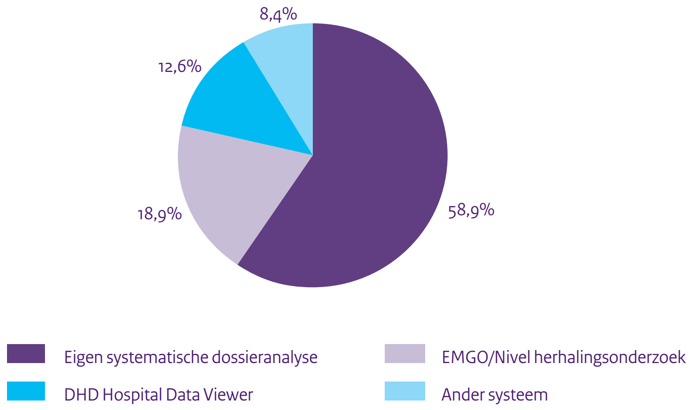
Ziekenhuissterfte
In 2013 deden 91 ziekenhuizen mee aan de Landelijke Medische Registratie (LMR) of Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). In 77 van de 91 ziekenhuizen waren de LMR-gegevens betrouwbaar genoeg volgens het CBS. De gegevens waren in 9 ziekenhuizen niet betrouwbaar genoeg. Dit kwam vooral doordat te weinig nevendiagnosen werden geregistreerd.

In 81 ziekenhuizen werd de HSMR gebruikt om de sterfte te monitoren en 82 ziekenhuizen gebruikten hiervoor de diagnose specifieke SMR's. De informatie uit de (H)SMR('s) werd door 83 ziekenhuizen gebruikt om verbeteracties te starten indien nodig. Er waren ook 6 ziekenhuizen die de informatie niet gebruikten. Uit de toelichting van deze ziekenhuizen blijkt dat zij dossieronderzoek uitvoeren en naar aanleiding daarvan verbeteracties inzetten.

Dossieronderzoek en onverwacht lange opnameduur
Alle ziekenhuizen deden dossieronderzoek naar vermijdbare zorggerelateerde schade en gebruikten dit om de zorg te verbeteren. 18 ziekenhuizen deden mee aan het EMGO/Nivel herhalingsonderzoek. De meeste ziekenhuizen gebruikten een eigen systematische dossieranalyse (n=56).

Figuur 12.1

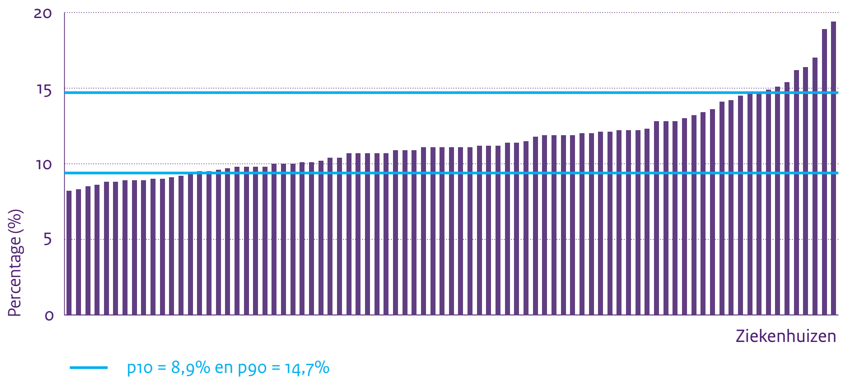
Gebruik van dossieronderzoek als methode voor het verminderen van onbedoelde en vermijdbare zorggerelateerde schade (%) (n=94)



76 ziekenhuizen registreerden ook de operaties in de LMR/LBZ. Gemiddeld werden 2.087 patiënten langer opgenomen dan verwacht (mediaan 1.787). Dat is gemiddeld 11,5% van de patiënten (mediaan 11,1%).

Figuur 12.2

Percentage patiënten dat een gerealiseerde verpleegduur had die meer dan 50% hoger lag dan verwacht (n=83)



Aandachtspunten

Ziekenhuizen kunnen uitkomstindicatoren op twee manieren inzetten in het kwaliteitsbeleid. De meest bekende methode is dossieronderzoek. Op zich is dat merkwaardig, want in principe betekent dit dat het ziekenhuis terug moet gaan naar het gedrag van het afgelopen jaar dat mogelijk heeft geleid tot de opmerkelijke uitkomst. In het hoofdstuk over de poliklinische sterfte wordt aangegeven wat het probleem daarbij is: onderzoek van de eigen dossiers bij bijvoorbeeld een relatief hoge sterfte is onmogelijk zonder populaties te vergelijken. Gelukkig zijn in de meeste processen voldoende verbeterpunten te vinden. Onzekerheid over verklaringen voor een uitkomst hoeven dus geen bezwaar te zijn, zolang ze maar leiden tot verbetering.

Een andere mogelijkheid is om de uitkomstindicatoren te gebruiken als toets of de uitgevoerde procesverbetering ook heeft geleid tot een betere uitkomst. In het geval van trombolyse bij een CVA zou een verbetering moeten leiden tot minder ziekenhuissterfte. Probleem daarbij is dat de HSMR een vergelijkend systeem is. Als de aanpak een succes is op nationaal niveau, zien alleen de achterblijvende ziekenhuizen dat in de (H)SMR. Als alle ziekenhuizen in Nederland tegelijk verbeteren is dat vooral te zien in de absolute ziekenhuissterfte. Een geruststellend punt daarbij is dat de ziekenhuissterfte in de afgelopen periode zowel gecorrigeerd als ruw duidelijk daalt. Over de periode 2005 - 2010 twee keer zo snel als de sterfte buiten het ziekenhuis (18,5% versus 9,4% daling[152]).

Een goede correctie kent ook nadelen. Het aantal geregistreerde nevendiagnosen is belangrijk voor de risicocorrectie. Om zeker te zijn dat de daling echt is, moet correctie plaatsvinden voor de mate waarin ziekenhuizen de nevendiagnosen beter hebben leren registreren. Gelukkig blijft de trend intact na deze correctie van de correctie. Hier geldt hoe specifieker de uitkomstindicator, hoe groter de kans dat een verbetering veroorzaakt wordt door een daarmee geassocieerde procesverbetering. Aan de andere kant kan een spectaculaire procesverbetering (zoals die in het operatief proces) een duidelijk zichtbaar effect hebben op globale uitkomstmaten als de vermijdbare sterfte.

Een klein aantal ziekenhuizen heeft geen betrouwbare HSMR-data kunnen aanleveren, vooral doordat alleen hoofddiagnoses worden geregistreerd. Deze ziekenhuizen moeten kunnen aantonen dat zij op andere wijze inzicht hebben (of krijgen) in de sterfte en in de ontwikkeling daarvan binnen het eigen ziekenhuis. Om te kunnen leren en te kunnen verbeteren is het noodzakelijk als ziekenhuis een vinger aan de pols te houden en te bepalen wanneer de sterfte onverwacht hoog is of wanneer de opnameduur langer is dan verwacht. Daarvoor is inzicht nodig in de eigen cijfers en een regelmatige analyse, waarbij de resultaten ook worden teruggekoppeld aan de betrokkenen.

---

[152] J. Ploemacher, A. Z. Israels, D.J. van der Laan, A. de Bruin. Gestandaardiseerde ziekenhuissterfte daalt in de tijd. Ned tijdschrift voor geneeskd. 2013;157: A5267.

Alle ziekenhuizen hebben aangegeven dossieronderzoek uit te voeren en naar aanleiding daarvan verbetermaatregelen te treffen. Omdat een groot deel van de ziekenhuizen daarvoor een eigen methode gebruikt, moeten zij kunnen aantonen dat deze methode voldoende inzicht geeft. Worden voldoende dossiers gelicht, welke patiëntengroepen tellen mee en op welke onderwerpen richt men zich?